



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

**Der Einfluss von Social-Media-Vorbildern auf die
Bildung stressreduzierender Gewohnheiten
unter Berücksichtigung
der individuellen Selbstwirksamkeit**

Vorgelegt von:

Julia Sandach

Nienbergstraße 78b

48431 Rheine

juliasandach@fh-muenster.de

Matrikelnummer: 1074936

Studiengang: B.A. Gesundheitswissenschaft/Pflege

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. rer. nat. Jennifer Schmidt

Zweitprüferin: Frau Dr. PH Cona Ehresmann

Abgabedatum: 31.08.2022

Zusammenfassung

Neben der bereits bekannten Relevanz der sozialen Medien für junge Erwachsene belegen aktuelle Studien, dass sie das Potenzial haben, das Gesundheitsverhalten ihrer Konsumenten positiv zu beeinflussen. Jedoch gibt es bis dato keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, wovon solch ein positiver Einfluss abhängt. Daher wurde in dieser ersten Studie empirisch untersucht, ob möglicherweise die spezifische Selbstwirksamkeit für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten (hier: gewohnheitsmäßige Meditation und Achtsamkeit zur Stressreduktion) einen Moderator-Effekt auf den Einfluss von sozialen Medien hat und, ob dieser Effekt abhängig von der Qualität der Selbstwirksamkeit ist. Dazu wurden von 121 Probanden im Alter von 18 bis 29 Jahren die Nutzungsweise von sozialen Medien, die individuelle generelle und spezifische Selbstwirksamkeit für das ausgewählte Gesundheitsverhalten und dessen Gewohnheitsmäßigkeit erfasst. Entgegen den Erwartungen konnte kein Moderator-Effekt und keine Korrelation nachgewiesen werden. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass zusätzlich (oder eher) die spezifische Selbstwirksamkeit für die Nutzung von sozialen Medien von großer Relevanz für die Bestätigung der hier aufgestellten Hypothesen sein könnte. Deshalb sollten zukünftige Studien auf diesem Gebiet diese zwingend erfassen. Sollten sich die Hypothesen in der weiterführenden Forschung bestätigen, würde dies die Gesundheitsförderung des Einzelnen und der Gesellschaft positiv beeinflussen.

Abstract

Besides the already known relevance of social media for young adults, recent studies even show that they have the potential to positively influence the health behaviour of their consumers. However, there are no scientific findings on what such a positive influence depends on. Therefore, this first study empirically investigated whether specific self-efficacy for a certain health behaviour (here: habitual meditation and mindfulness for stress reduction) might have a moderator effect on the influence of social media and whether this effect is dependent on the quality of self-efficacy. For this purpose, the use of social media, individual general and specific self-efficacy for the selected health behaviour and its habitualness were determined from 121 subjects (aged 18 to 29 years). Contrary to expectations, no moderator effect and no correlation could be proven. However, the results suggest that in addition (or rather) the specific self-efficacy for the use of social media could be of great relevance for the confirmation of the hypotheses established here. Therefore, future studies in this field should mandatorily capture this. If the hypotheses are confirmed in further research, this would positively influence the health promotion of individuals and society.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Theorie	8
2.1	<i>Stress als Risikofaktor für die Gesundheit</i>	8
2.1.1	Definition und Theorie	8
2.1.2	Biologische Mechanismen und Pathophysiologie.....	9
2.2	<i>Gesundheitsverhalten: Aneignung stressreduzierender Aktivitäten</i>	12
2.2.1	Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	13
2.2.2	Determinanten von Gesundheitsverhalten	14
2.2.2.1	Intention als psychologisches Konstrukt	14
2.2.2.2	Relevanz der Intention für Gesundheitsverhalten.....	15
2.2.2.3	Gewohnheit als psychologisches Konstrukt	15
2.2.2.4	Relevanz der Gewohnheit für Gesundheitsverhalten.....	20
2.2.2.5	Selbstwirksamkeit als psychologisches Konstrukt	22
2.2.2.6	Relevanz der Selbstwirksamkeit für Gesundheitsverhalten	24
2.3	<i>Der Einfluss von Social Media auf Gesundheitsverhalten</i>	24
2.3.1	Social-Media-Nutzung in Deutschland	24
2.3.2	Social-Media-Vorbilder.....	25
2.3.3	Die Bedeutung von Social-Media-Vorbildern für Gesundheitsverhaltensänderungen	27
2.4	<i>Erkenntnisinteresse: Forschungsfrage und Hypothesen</i>	28
3	Methodik	30
3.1	<i>Forschungsdesign</i>	30
3.2	<i>Stichprobe</i>	30
3.3	<i>Vorbereitende Datenanalyse</i>	31
3.4	<i>Messinstrumente</i>	31
3.4.1	Fragen zur Soziodemographie	31
3.4.2	Fragen zur Social-Media-Nutzung und Wahrnehmung von Social-Media-Vorbildern	32
3.4.3	Skalen zur individuellen Selbstwirksamkeit.....	32
3.4.4	Skala zur individuellen Gewohnheitsmäßigkeit stressreduzierender Aktivitäten.....	34
3.5	<i>Durchführung</i>	34
3.6	<i>Statistische Auswertung</i>	35

4	Ergebnisse.....	37
4.1	<i>Deskriptive Statistik.....</i>	37
4.1.1	Stichprobe	37
4.1.2	Social-Media-Nutzung und Wahrnehmung von Social-Media-Vorbildern	38
4.1.3	Individuelle Selbstwirksamkeit	40
4.1.4	Individuelle Gewohnheitsmäßigkeit stressreduzierender Aktivitäten	40
4.2	<i>Ergebnisse zu Hypothese 1</i>	41
4.3	<i>Ergebnisse zu Hypothese 2</i>	42
4.4	<i>Qualitative Auswertung der Probanden-Rückmeldungen.....</i>	43
5	Diskussion.....	43
5.1	<i>Interpretation der Ergebnisse</i>	43
5.2	<i>Limitationen und Implikationen</i>	46
5.3	<i>Schlussfazit</i>	50
	Literaturverzeichnis.....	52
	Anhang.....	60
	Eidesstattliche Erklärung	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Soziodemographische Daten zur Charakterisierung der Stichprobe ($N = 121$).....	37
Tabelle 2. Tägliche Social-Media-Nutzung der Probanden.....	38
Tabelle 3. Wahrnehmung verschiedener Social-Media-Vorbilder im sozialen Vergleich	39
Tabelle 4. Abonnement von Social-Media-Vorbildern mit Inhalten zu MAA	40
Tabelle 5. Individuelle generelle und spezifische Selbstwirksamkeit für Meditation und Achtsamkeit der Probanden	40
Tabelle 6. Individuelle Gewohnheitsmäßigkeit von Meditations- und Achtsamkeitsaktivitäten	40
Tabelle 7. Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen der Variablen für das Regressionsmodell ($n = 74$).....	41
Tabelle 8. Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Gewohnheitsmäßigkeit von Meditation und Achtsamkeit ($n = 74$)	42
Tabelle 9. Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten Variablen ($n = 87$)	42
Tabelle 10. Interkorrelationen der Variablen nach Spearmans Rho ($n = 87$)	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns nach Schwarzer. (Quelle: Scholz & Schwarzer, 2005; eigene Darstellung)	14
Abbildung 2. Mögliche Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns nach Schwarzer mit dem psychologischen Konstrukt der Gewohnheit. (eigene Darstellung)	22
Abbildung 3. Die vier Hauptinformationsquellen von Selbstwirksamkeit nach Bandura. (eigene Darstellung).....	23
Abbildung 4. Der Anteil der Nutzer von Social-Media-Plattformen nach Altersgruppen in Deutschland im Jahr 2021. (Quelle: Rabe, 2021)	25
Abbildung 5. Zu untersuchende Zusammenhänge zwischen Social-Media-Vorbildern, individueller Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten.	29

Abkürzungsverzeichnis

MAA: Meditations- und Achtsamkeitsaktivitäten

HAPA: Health Action Process Approach

SW: Selbstwirksamkeit

SM: Social Media

SRHI: Self Report Habit Index

1 Einleitung

Stress ist ein ernstzunehmendes Risiko für unsere Gesundheit. Auf der physiologischen, wie auch auf der psychischen Ebene gehört er zu den häufigsten Risikofaktoren für Krankheit (Brinkmann, 2014). Es grenzt an die Unmöglichkeit, Stress in unserer modernen Gesellschaft gänzlich zu vermeiden, jedoch lässt er sich durch adäquates Gesundheitsverhalten bewältigen. Hierbei haben sich beispielsweise die Meditation und Achtsamkeit als wirksame Methoden zur Stressreduktion etabliert (siehe z. B. Díaz-Silveira, Alcover, Burgos, Marcos & Santed, 2020; Werdecker & Esch, 2018).

Die Gesundheitspsychologie thematisiert bereits zahlreiche Theorien, die sich sowohl auf das Gesundheitsverhalten als auch auf die damit einhergehende Verhaltensänderungen beziehen. Hierbei stellen die Intention, die Gewohnheit und die Selbstwirksamkeit wichtige Determinanten auf individueller Ebene dar. Neuerdings rückt zudem eine äußere Einflussgröße auf Gesundheitsverhalten und seine Determinanten in den Fokus der gesundheitspsychologischen Forschung: die Sozialen Medien (aus dem Englischen: Social Media).

Dieser Arbeit liegt die Frage zugrunde, welchen Einfluss die individuelle Selbstwirksamkeit auf den Zusammenhang zwischen der Social-Media-Nutzung und der Bildung stressreduzierender Gewohnheiten ausübt. Folgende Befunde werden in der Gesundheitspsychologie bereits anerkannt und sind von Bedeutung für das Verständnis dieser Arbeit (siehe z. B. McEwen & Stellar, 1993; Danner, Aarts & de Vries, 2008; Bandura, 1977; Petkovic et al., 2021):

- Stressreduktion ist ein Gesundheitsverhalten von herausragender Relevanz,
- Gewohnheiten sind ein besserer Prädiktor für Gesundheitsverhalten als Intentionen,
- Selbstwirksamkeit spielt eine große Rolle bei der Verhaltensänderung und
- Social-Media-Vorbilder können Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen.

Diese Sachverhalte sind im Einzelnen bereits gut erforscht. Jedoch gibt es aktuell noch keine Erkenntnisse darüber, wovon der positive Einfluss von Social-Media-Vorbildern auf das Gesundheitsverhalten abhängt. Es liegt nahe, dass die individuelle Selbstwirksamkeit hierbei eine Rolle spielen könnte, da sie ein wichtiger Prädiktor für Verhaltensänderungen ist. In dieser Forschungsarbeit sollen diese Zusammenhänge näher untersucht werden und erste Erkenntnisse zu der Fragestellung liefern, ob und welchen Effekt die individuelle Selbstwirksamkeit auf den Einfluss von Social-Media-Vorbildern auf das Gesundheitsverhalten hat. Durch ein Verständnis dieser Zusammenhänge und der damit verbundenen Wirkmechanismen könnten Gesundheitsverhaltensänderungen für Social-

Media-Nutzer¹ möglicherweise erleichtert werden, was durch die hohe Relevanz von Social Media sogar die gesellschaftsübergreifende Gesundheitsförderung auf eine einfache Art und Weise unterstützen könnte.

2 Theorie

2.1 Stress als Risikofaktor für die Gesundheit

Der kumulierte Forschungsstand, der *Stress* mit negativen gesundheitlichen Folgen in Verbindung bringt, ist solide. Die Tatsache, dass die Zusammenhänge von Stress mit einer hohen Anzahl von Krankheiten offensichtlich sind, hebt die Bedeutung von Stress für die Gesundheit (O'Connor, Thayer & Vedhara, 2021) und den daraus resultierenden Bedarf an *Stressreduktion* hervor. Stress lässt sich in unserer modernen Gesellschaft kaum vermeiden (Brinkmann, 2014), jedoch ist er auch mit erheblichen (finanziellen und gesundheitlichen) Kosten für sie verbunden (Díaz-Silveira et al., 2020). Es kommt zu enormen volkswirtschaftlichen Ausfällen und „Ausgaben für die Gesundheitsversorgung aufgrund stressassoziierter Erkrankungen“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 6), was auf die große Dringlichkeit präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen verweist (Werdecker & Esch, 2018). Vielen Menschen sind die weitreichenden gesundheitlichen Folgen von Stress, welche im Folgenden skizziert werden, nicht bewusst. Dabei könnte der Wissenszuwachs und die Aufklärung über den Risikofaktor *Stress* und dessen weitreichender Relevanz den ersten Schritt zu einer Gesundheitsverhaltensänderung bewirken.

2.1.1 Definition und Theorie

Etymologisch kommt das Wort *Stress* aus dem lateinischen Wort *stringere*, was so viel bedeutet wie *in Spannung versetzen* (Stress, 2022). Per Definition beschreiben „Stressreaktionen (...) physiologische, psychologische und verhaltensbezogene Anpassungen des Organismus auf psychosoziale und umweltbezogene Reize, die das innere Gleichgewicht verletzen“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 4).

In Bezug auf diese spezifische Reaktion wurden in der Stressforschung „seit den 1930er-Jahren verschiedene Stressmodelle entwickelt und postuliert“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 2). Anfangs stand hierbei die physiologische Stressreaktion im Vordergrund (z. B. die *fight-or-flight response* nach Canon, 1914; oder das *Allgemeine Adaptationssyndrom* nach Selye, 1952, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018). Später gewonnen jedoch auch kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Aspekte an Bedeutung. Nennenswert ist

¹ Hinweis zur geschlechtergerechten Sprache: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

hierbei die *kognitiv-transaktionale Stresstheorie* nach Lazarus und Folkmann (1984), welche im Gegensatz zu früheren Theorien die psychologische Komponente und Individualität der Stressreaktion beleuchtet. Zentral ist hierbei die subjektive Bewertung eines Reizes (Werdecker & Esch, 2018; Obbarius, Fischer, Liegl, Obbarius, & Rose, 2021). So beschreibt die Theorie den Bedarf der „Wahrnehmung und kognitiven Interpretation des Reizes durch das Individuum“ (Dougall & Baum, 2012, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018, S. 2), welcher dann, je nach individueller Einschätzung der vorhandenen Stressbewältigungsressourcen, zu Stress führt. Im aktuell gültigen Stressmodell der *allostatischen Last* nach McEwen werden biologische und psychische Stressmechanismen verbunden (Werdecker & Esch, 2018). Die allostatische Last bezeichnet die Abnutzung, die der Körper durch wiederholte und langfristige Stressbelastung erfährt (McEwen, 1998b, zitiert nach O'Connor et al., 2021): Eine andauernde Freisetzung von Stressmediatoren durch psychischen Stress kann letztendlich zu dessen Dysregulation und somit zur Schädigung unserer stressrelevanten biologischen Systeme führen (McEwen, 2018, zitiert nach O'Connor et al., 2021).

Wie bei den Stresstheorien ist auch bei den *Stressoren* an sich eine Veränderung zu verzeichnen. „Die Stressantwort ist evolutionär entstanden, um in auftretenden Gefahrensituationen das Überleben zu sichern“ (Cannon, 1915, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018, S. 4). Früher dominierten demnach physikalische Gefahren. „Heutzutage sind (jedoch) vielmehr psychosoziale Belastungen vorherrschend“ (Esch & Esch, 2016, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018, S. 3), welche häufig auch zu einer verlängerten, chronischen Stressexposition führen können (Lazarus & Folkmann, 1984, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018).

2.1.2 Biologische Mechanismen und Pathophysiologie

„Stressreaktionen wirken nicht per se gesundheitsschädigend. Sie sind physiologisch sinnvoll und wichtig, um die volle Leistungsfähigkeit abzurufen (...)“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 9). Wenn es jedoch durch chronischen Stress zu einer allostatischen Belastung kommt, werden pathophysiologische Prozesse ausgelöst (McEwen, 2017). Da die Anpassungsfähigkeit und Stressresistenz eines jeden Organismus lebenswichtig sind, ist jedes lebenswichtige Organ daran beteiligt (Selye, 1950). Es ist bereits durch Studien und Metaanalysen bestätigt, dass Stress sowohl einen Einfluss auf multiple biologische Systeme hat (O'Connor et al., 2021), als auch psychologische Reaktionen auslöst, welche wiederum zu direkten pathophysiologischen Reaktionen und verschlechtertem Gesundheitsverhalten führen (Ottaviani et al., 2015, zitiert nach O'Connor et al., 2021).

„Im Gehirn wird ‚entschieden‘, was bedrohlich und potenziell stressig ist. Fällt die Entscheidung, den Stressor zu bewältigen, so erfolgt die Aktivierung einer physiologischen

und verhaltensbezogenen Anpassung hauptsächlich über zwei Stressachsen: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (...) und dem sympathischen Nervensystem“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 4). Zu unterscheiden sind hierbei neuronale Prozesse (z. B. Herzfrequenzbeschleunigung), angetrieben durch das sympathische Nervensystem und endokrinologische Prozesse (z. B. Hormon-Ausschüttung), angetrieben durch die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Die Aktivierung dieser beiden Stressachsen hat „für den gesamten Körper weitreichende Folgen“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 4).

Letztendlich sind dadurch das Nerven-, Hormon-, Immun- und kardiovaskuläre System, wie auch die Genetik die zentralen biologischen Systeme bzw. Teilgebiete, die bei der Pathophysiologie von Stress eine Rolle spielen: Die pathophysiologischen Prozesse der Stressreaktion „manifestieren sich in kardiovaskulären, metabolischen, immunologischen, neuroendokrinen, psychischen oder neurodegenerativen Erkrankungen“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 5).

Nervensystem: Auf neuronaler Ebene ergibt sich ein Ungleichgewicht des autonomen Nervensystems, die sogenannte sympathovagale Dysbalance: Sie beschreibt eine andauernde Überaktivierung des sympathischen Zweigs des autonomen Nervensystems, bei der der Tonus des sympathischen Nervensystems hoch und der Tonus des Parasympathikus niedrig ist. Die sympathovagale Dysbalance ist mit einer Vielzahl von psychischen und physischen Störungen und Krankheiten verbunden, einschließlich internalisierender Störungen, externalisierender Störungen und psychotischer Störungen sowie kardiometabolischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit und Diabetes (Beauchaine & Thayer, 2015; Thayer, Yamamoto & Brosschot, 2010) und sogar neurologischen Erkrankungen wie „Epilepsie, Parkinson, Alzheimer und Multipler Sklerose“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 6). Dieser Zusammenhang zwischen sympathovagaler Dysbalance und schlechten Gesundheitsergebnissen wurde bereits in zahlreichen Studien aufgezeigt (O'Connor et al., 2021).

Hormonsystem: Auf neuroendokriner Ebene wirkt sich Stress v. a. auf die Ausschüttung des Hormons Cortisol aus. Cortisol (von lateinisch *cortex* für *Rinde*; von Westphalen, Güler, Antwerpes & Söffker, 2022) hat eine wichtige regulatorische Funktion für viele grundlegende biologische Systeme des Körpers (z. B. Stoffwechsel-, Immun-, Entzündungsprozesse) (Lupien, McEwen, Gunnar & Heim, 2009; Sapolsky, Romero & Munck, 2000). Jedoch ist die Regulierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bei chronischem Stress nachweislich gestört (O'Connor et al., 2021), wodurch die Cortisol-Ausschüttung anormal erhöht oder reduziert wird. Flache Cortisol-Spiegel sind beispielsweise mit psychischen Störungen wie Depression, Externalisierung und Internalisierung und körperlichen Leiden wie Krebs, Müdigkeit,

Entzündungs-/Immunreaktionen und Adipositas assoziiert (Adam et al., 2017). Ein erhöhter Cortisol-Spiegel steht v. a. in Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie z. B. Koronararterienverkalkung (Hamer, Endrighi, Venuraju, Lahiri & Steptoe, 2012).

Immunsystem: Chronischer Stress hat einen negativen Einfluss auf das Immunsystem. Dieser führt zu einer Verschlechterung der Immunfunktion, die mit einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionskrankheiten einhergeht (De Andrés-García, Moya-Albiol & González-Bono, 2012; Dhabhar, 2014). Hierbei gibt es klare Beweise dafür, dass chronische Stressoren zu einer weit verbreiteten Unterdrückung des Immunsystems führen (O'Connor et al., 2021). Neben dieser Beeinflussung des natürlichen Abwehrsystems des Menschen zeigen viele Studien ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen Stress und der Antikörperreaktion auf Impfungen, was darauf hindeutet, dass Stress zu einer verringerten Wirksamkeit von Impfungen und damit zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führt (Cohen, Miller & Rabin, 2001).

Kardiovaskuläres System: Es gibt bereits zahlreiche Studien und Metaanalysen, die psychischen Stress mit schlechten Gesundheitsergebnissen auf kardiovaskulärer Ebene in Verbindung bringen (O'Connor et al., 2021). Aufgrund der chronischen Stimulation des kardiovaskulären Systems durch eine dauerhafte Anpassungsreaktion auf Stress wird die Entstehung und das Fortschreiten von kardialen Krankheiten begünstigt. In erster Linie kommt es zu erhöhten Blutfettwerten, gestörter Herzfrequenzvariabilität und Hypertonie (O'Connor et al., 2021). Diese Stressmarker werden wiederum assoziiert mit Arteriosklerose und Koronarer Herzkrankheit, Myokardinfarkt, Apoplex und weiteren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (O'Connor et al., 2021).

Epigenetik: Schließlich steht auch das Forschungsgebiet der Epigenetik im Fokus der Stressforschung. So ist es bewiesen, dass chronischer Stress gesundheitsschädliche Veränderungen in der Genexpression auslösen kann. Diese beziehen sich beispielsweise auf die Regulation des Immunsystems, wobei die entzündliche Genexpression erhöht, und die antivirale Genexpression verringert werden können (O'Connor et al., 2021).

Psychologie und Kognition: Weiterhin beeinträchtigt Stress auf kognitiver Ebene die Gedächtnisleistung und reduziert die Lern- und Merkfähigkeit (Shields, Moons & Slavich, 2017). „Es können sich ein verringertes Konzentrationsvermögen, Kreativitätseinbußen, Entscheidungsschwäche, reduzierte Problemlösungsfähigkeiten, negative Gedanken, verzerrte Denkweisen oder unrealistische Einschätzungen bemerkbar machen“ (Esch & Esch, 2016, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018, S. 4). Dazu kommen Zweifel, Sorgen, Ängste, Gereiztheit, Aggression, Ungeduld, Lustlosigkeit, Unsicherheit und Unzufriedenheit auf emotionaler Ebene (Werdecker & Esch, 2018). So zählt Stress zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen wie Depressionen, die eine der

am stärksten belastenden Krankheiten weltweit darstellen (Obbarius et al., 2021), als auch Schlafstörungen oder dem Burnout-Syndrom (Werdecker & Esch, 2018). All diese psychischen Leiden können sogar augenscheinlich mit „Veränderungen der Gehirnstruktur durch dauerhafte Stressreaktionen, wie z. B. die Veränderung der Amygdala sowie eine Schrumpfung/Degeneration des Hippocampus und des präfrontalen Kortexes (...)“ (Werdecker & Esch, 2018, S. 6) in Verbindung gebracht werden.

Gesundheitsverhalten: Neben diesen direkten Auswirkungen von Stress auf pathophysiologische Prozesse sind auch die indirekten Folgen über verändertes Gesundheitsverhalten bedeutsam. So führt Stress zu erhöhtem Risikoverhalten, wie z. B. ungesundem Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Schlafmangel, Rauchen, Alkoholkonsum, Medikamenten- und Drogenmissbrauch (Werdecker & Esch, 2018), welches mit den bereits genannten und weiteren gesundheitlichen Risiken und Folgen assoziiert ist.

2.2 Gesundheitsverhalten: Aneignung stressreduzierender Aktivitäten

Aufgrund der hohen Last an Stressoren, pathophysiologischen Auswirkungen der Stressreaktion sowie der epidemiologischen und ökonomischen Bedeutung stressassoziierter Erkrankungen ist die Reduktion und Vermeidung von Stressoren, das Vorbeugen und Abschwächen von Stressreaktionen sowie die Stärkung der individuellen Ressourcen im Umgang mit ständig wechselnden Lebens- und Arbeitsbedingungen eine primäre Aufgabe der Gesundheitswissenschaften (Werdecker & Esch, 2018, S. 8).

Die völlige Vermeidung oder umfangreiche Reduktion von Stressoren stellt sich im Alltag unserer modernen Gesellschaft als schwierig dar. Jedoch ist die *Stressreaktion* ein geeigneter Ansatzpunkt für Bewältigungsstrategien. Dahingehend haben sich in den letzten Jahren stressreduzierende Aktivitäten etabliert, welche prinzipiell für jedes Individuum anwendbar sind: *Meditation* und *Achtsamkeit*. In den letzten Jahren haben Meditations- und Achtsamkeitsaktivitäten (MAA) in der westlichen Welt schnell an Popularität gewonnen, da sie leicht zugänglich und einfach zu praktizieren sind (Díaz-Silveira et al., 2020). MAA sind eine auf buddhistischen Traditionen basierende Praxis, die beispielsweise durch sitzende Meditation volle Aufmerksamkeit und Gewahrsein übt (Díaz-Silveira et al., 2020). Achtsamkeit im Speziellen kann definiert werden als absichtliche Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment und als unvoreingenommene Aufmerksamkeit auf die sich von Moment zu Moment entfaltende Erfahrung (Kabat-Zinn, 1990, zitiert nach Díaz-Silveira et al., 2020).

Im Zusammenhang mit Stressreduktion werden bereits häufig Interventionen wie Yoga, kognitive Verhaltenstherapie, Meditation, autogenes Training, progressive

Muskelentspannung, Atemübungen etc. eingesetzt (O'Connor et al., 2021; Werdecker & Esch, 2018), welche Individuen auch selbstständig erlernen können. Solche MAA zielen auf „die Erhöhung von Achtsamkeit im Alltag ab und erreichen durch eine verbesserte Regulation der Emotionen eine Reduzierung von Stress (...)“ (Crane et al., 2017, zitiert nach Werdecker & Esch, 2018, S. 8). Im Einklang mit anderen Studien zeigen Díaz-Silveira et al. (2020) beispielsweise, dass regelmäßige MAA die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich der Anpassungsfähigkeit an Stress, verbessern kann. Somit können MAA als nicht-pharmakologische Behandlung zur Verbesserung der Gesundheit bzw. der adaptiven Reaktion auf Stress betrachtet werden (van der Zwan, de Vente, Huizink, Bögels & de Bruin, 2015).

2.2.1 Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Nachdem die Bedeutung und Relevanz von Gesundheitsverhalten bzw. Stressbewältigung in Form von MAA beleuchtet wurde, wird der Fokus nun auf dessen eigentliche Funktionsweise gelenkt. Das Verständnis der Determinanten des Gesundheitsverhaltens ist Gegenstand umfangreicher Forschungsarbeiten in der Gesundheitspsychologie (Conner, McEachan, Lawton & Gardner, 2016). Eine angesehene Theorie hierzu bietet Schwarzer (1992) mit seinem *sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns* (aus dem Englischen: *Health Action Process Approach* bzw. *HAPA*; Scholz & Schwarzer, 2005). Dieses wird in der Gesundheitspsychologie zu den dynamischen Stadienmodellen gezählt, was bedeutet, dass eine bestimmte Stufe erst dann erreicht wird, „wenn die vorhergehende Stufe abgeschlossen ist und wenn zugleich genügend Selbstwirksamkeitserwartung vorliegt“ (Scholz & Schwarzer, 2005, S. 14). Wie auch andere Theorien über Gesundheitsverhalten geht sie davon aus, dass die Verhaltensabsicht bzw. die Motivation eine unmittelbare Vorbedingung für eine Verhaltensänderung darstellt (Conner & Norman, 2015, zitiert nach Di Maio, Keller, Hohl, Schwarzer & Knoll, 2021). Diese Dynamik, Intensionsabhängigkeit und weitere Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten des Modells sind Abbildung 1 (siehe S. 14) zu entnehmen.

Von besonderer Bedeutung für den weiteren Verlauf dieser Arbeit in Bezug auf den HAPA sind v. a. die Intention und Selbstwirksamkeit, welchen in diesem Modell maßgeblicher Einfluss auf die Volitionsphase bzw. die Ausbildung und das Aufrechterhalten des Gesundheitsverhaltens zugeschrieben wird. Der HAPA zeigt jedoch Defizite auf (z. B. die Intensions-Verhaltens-Lücke, oder die Darstellung der Verhaltensweise als Kontinuum), welche durch die Erwägung eines ergänzenden Konstrukts (Gewohnheit) abgemildert werden können.

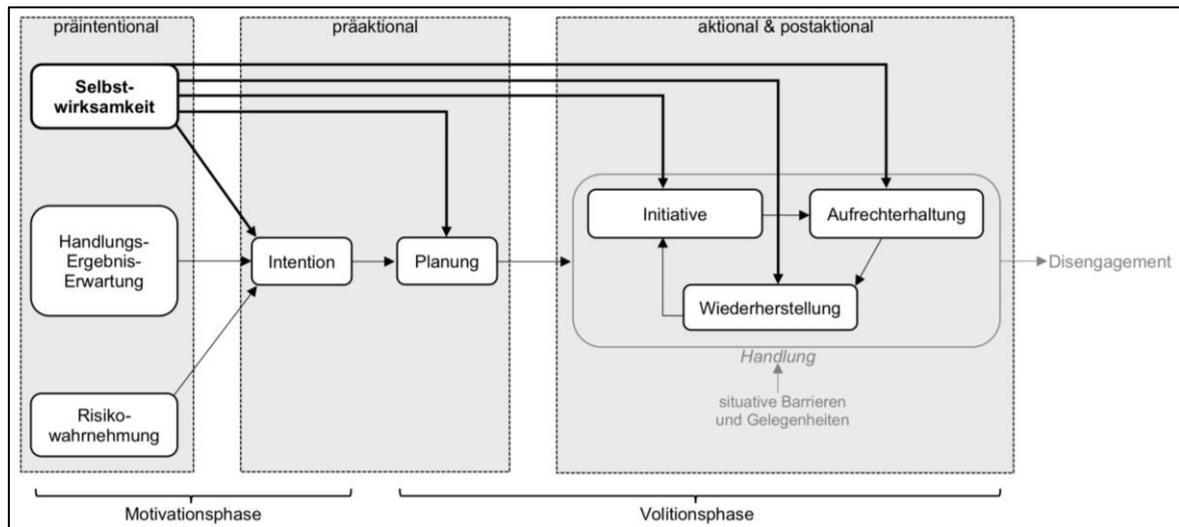


Abbildung 1. Das sozial-kognitive Prozessmodell gesunden Handelns nach Schwarzer. (Quelle: Scholz & Schwarzer, 2005; eigene Darstellung)

2.2.2 Determinanten von Gesundheitsverhalten

2.2.2.1 Intention als psychologisches Konstrukt

Die *Intention* kann als die Anweisung definiert werden, die ein Mensch sich selbst gibt, um bestimmte Verhaltensweisen auszuführen oder bestimmte Ziele zu erreichen (Triandis, 1980, zitiert nach Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L. & Gollwitzer, P. M., 2005). Durch Items wird sie typischerweise durch die Form ‚Ich beabsichtige, X zu tun/zu erreichen‘ gemessen (Sheeran et al., 2005). Die Generierung einer Intention kann ihren Ursprung beispielsweise in Einstellungen, erlebtem normativen Druck oder wahrgenommener Verhaltenskontrolle (Verplanken & Melkevik, 2008) haben und kann durchdachte Überlegungen oder oberflächliche Prozesse beinhalten (Wood, Quinn & Kashy, 2002).

Intentionen sind der Höhepunkt des Entscheidungsprozesses (siehe Abbildung 1, *Motivationsphase*). Das Durchsetzen einer Zielintention signalisiert das Ende der Überlegungen zu einem Verhalten. Der Intention kann man somit die Funktion zuschreiben, Entscheidungskonflikte zu beenden und die damit verbundene Spannung zu verringern (Renner & Schwarzer, 2000). Dabei kann sie den Leistungsstandard angeben, den man sich selbst gesetzt hat, oder auch das Engagement für die Leistung und den Zeit- und Arbeitsaufwand, der für die Handlung aufgewendet werden soll (Sheeran et al., 2005). Hat man sich schließlich zu einer Zielintention durchgerungen (z. B. ‚Ich will mich gesünder ernähren‘), tritt man in die sogenannte *Volitionsphase* (siehe Abbildung 1, *Volitionsphase*) ein. Hier geht es um die mögliche Realisierung der Intention, welche jedoch oft mit Problemen in Verbindung steht (Renner & Schwarzer, 2000).

2.2.2.2 Relevanz der Intention für Gesundheitsverhalten

Ein Großteil der Theorien zum Gesundheitsverhalten konvergiert darin, dass sie die Absicht (d. h. die Motivation, ein Gesundheitsverhalten auszuführen), als proximale Determinante des Zielverhaltens betrachtet (Conner et al., 2016; Sheeran et al., 2005). Angesichts dessen ist es wichtig zu untersuchen, wie gut Intentionen ein Verhalten tatsächlich vorhersagen (Sheeran et al., 2005). Hierbei wurden bereits einige Störfaktoren identifiziert, die einen verlässlichen Zusammenhang zwischen Intention und Verhaltensänderung blockieren (z. B. „*intention viability*“ nach Ajzen, 1991; „*intention activation*“ Sheeran et al., 2005, S. 278-279; „*intention elaboration*“ nach Bagozzi & Kimmel, 1995, zitiert nach Sheeran et al., 2005, S. 279). Diese Störfaktoren tragen allesamt dazu bei, dass die Intention nicht in dem antizipierten Verhalten resultiert bzw. die sogenannte *Intentions-Verhaltens-Lücke* (Rhodes, 2021; Scholz & Schwarzer, 2005; Di Maio et al., 2021) auftritt.

Es gibt zwar einige Handlungsvorschläge dafür, wie sich die Intentions-Verhaltens-Lücke überwinden lässt (z. B. *Aktionsplanung*, Di Maio et al., 2021), jedoch sollte durch ihre Auftretenshäufigkeit die Relevanz der Intention für Verhaltensänderung grundsätzlich überdacht werden. Möglicherweise haben Intentionen eine gute Vorhersagekraft für neue Verhaltensweisen, die sich ein Individuum vornimmt. Jedoch gilt bezüglich einer *Verhaltensänderung*, dass vergangenes Verhalten ein guter Prädiktor für zukünftiges Verhalten ist (Sheeran et al., 2005) – d. h. die Intention, ein neues Verhalten auszuführen setzt sich gegenüber der Beständigkeit des aktuellen Verhaltens nur schwer durch. Diese Aussage (bzgl. der ‚Festfahrenheit‘ von angeeignetem Verhalten) deutet jedoch auch auf ein erweiterndes Konstrukt hin, welches vielversprechendere Ergebnisse bei einer angestrebten Verhaltensänderung liefern könnte: die Gewohnheit.

2.2.2.3 Gewohnheit als psychologisches Konstrukt

Wie der HAPA weisen auch andere psychologische Modelle von Gesundheitsverhalten vermehrt auf die Bedeutung der Intention hin. Jedoch stellt es sich heraus, dass sie kein idealer Prädiktor für Gesundheitsverhalten ist. Das psychologische Konstrukt der *Gewohnheit* in Verbindung mit Gesundheitsverhalten blieb dabei weitgehend unbeachtet. Jedoch geben viele seiner durchsetzungsstarken Merkmale Anlass dafür, Gewohnheiten mehr Bedeutung bei der Verhaltensänderung zuzuschreiben und ihre Funktionsweise weiter zu erforschen. Gewohnheit war in den letzten Jahrzehnten ein unterbewertetes Konzept in den Verhaltenswissenschaften (Verplanken & Melkevik, 2008). Den Weg für die Gewohnheitsforschung des 20. Jahrhunderts bereitete der Philosoph und Psychologe William James (1916/1983, zitiert nach Mazar & Wood, 2018). Immerzu betont er die Bedeutung der Gewohnheit, beispielsweise mit seiner Einschätzung, dass 99% oder möglicherweise 99,9% unserer Aktivitäten rein automatisch und gewohnheitsmäßig seien

– von unserem Aufstehen am Morgen bis hin zum nächtlichen Hinlegen (Mazar & Wood, 2018).

So appellierte er bereits 1891, möglichst viele nützliche Handlungen zur Gewohnheit zu machen (Obell & Verplanken, 2015). Das Konzept der Gewohnheit ist demnach schon seit mehr als hundert Jahren in der Psychologie präsent, jedoch ist die Generierung von empirischen Beweisen, die Schätzungen und Appelle wie die von William James rechtfertigen, ein junges und aktives Forschungsgebiet (Obell & Verplanken, 2015). Mittlerweile ist die Forschung über die Behauptung der Bedeutung von Gewohnheiten hinausgegangen und identifiziert die psychologischen Mechanismen, die die Bildung und Veränderung von Gewohnheiten vorantreibt (Carden & Wood, 2018). So versetzt das Konstrukt Gewohnheit die Verhaltensforschung in der Gesundheitspsychologie in eine ganz neue Dynamik (Gardner, 2015). Hierbei gibt es bereits Studien wie Reviews (siehe z. B. Carden & Wood, 2018; Gardner, 2015), Mehrebenenanalysen (siehe z. B. Stojanovic, Fries & Grund, 2021), oder randomisiert kontrollierte Studien (z. B. Di Maio et al., 2021; Kliemann et al., 2017), die allesamt das Potenzial von gewohnheitsmäßigem Gesundheitsverhalten bzw. dahinführenden Interventionsansätzen betonen.

In der Gesundheitspsychologie wird Gewohnheit als ein Phänomen definiert, bei dem ein Verhalten automatisch durch situative Hinweise ausgelöst wird, und zwar als Ergebnis erlernter Assoziationen zwischen Hinweis und Verhalten (Wood & Neal, 2009, zitiert nach Gardner, 2015). So wird sie wiederholt als Verhaltensmuster, erlernte Kontext-Verhaltens-Assoziation bzw. kontext-abhängig, automatisiert, unfreiwillig bzw. unbewusst und unabhängig von Zielen beschrieben (Gardner, 2015). Gewohnheit trägt dazu bei, dass ein Verhalten mit großer Effizienz ausgeführt werden kann (Di Maio et al., 2021) und dabei stabil und anhaltend bleibt. Genau diese Eigenschaft ist es, welche sie zu einem wichtigen Untersuchungsgegenstand in der Verhaltensforschung macht (Verplanken & Melkevik, 2008).

In der Forschung konvergieren die vielen Darstellungen von Gewohnheit in der Vorstellung, dass die folgenden drei ihrer Aspekte von zentraler Bedeutung sind: häufige Wiederholung, hoher Grad an Automatismus und Hervorrufung in stabilen Kontexten (Orbell & Verplanken, 2010). Daneben können auch die Intention und Motivation, Aktionsplanung und Erinnerungen, und die Selbstwirksamkeit Einfluss auf die Funktionsweise von Gewohnheiten nehmen.

Intention und Motivation: Wie beschrieben, sind Gewohnheiten unabhängig von Zielen bzw. Intentionen – sie spielen keine *kausale* Rolle bei der Aktivierung von Gewohnheiten (Mazar & Wood, 2018). Trotzdem liegen Beweise dafür vor, dass Intention und Motivation Einfluss auf die Gewohnheitsbildung nehmen können. Wenn Menschen im täglichen Leben

Ziele verfolgen, können sich so Gewohnheiten ausbilden (Carden & Wood, 2018). Vor allem in der Anfangsphase einer Verhaltensänderung regen Intention und Motivation zur Wiederholung des Verhaltens an, was wiederum die Gewohnheit stärkt, und wenn sich die Gewohnheit weiterentwickelt, erwirbt sie das Potenzial, zu weiteren Wiederholungen zu führen (Lally, van Jaarsveld, Potts & Wardle, 2010; Lally, Wardler & Gardner, 2011).

Neben der Bedeutung von Zielen, Wiederholung von Verhalten zu initiieren, können diese ebenfalls verhindern, dass unerwünschte Gewohnheiten ausgeführt werden (Mazar & Wood, 2018). Di Maio et al. (2021) replizieren in ihrer Sekundäranalyse einer randomisiert-kontrollierten Studie, dass der Einfluss von Intention und Gewohnheit auf eine Verhaltensänderung abhängig von der jeweiligen Stärke dieser beiden Konstrukte ist: Eine starke Intention ist nur dann mit dem gewünschten Verhalten verbunden, wenn die Gewohnheitsstärke dafür (noch) gering bis mittelmäßig ist (Di Maio et al., 2021). Dieser Effekt verliert jedoch an Bedeutung, sobald ein gewohnheitsmäßiges Engagement für ein Verhalten vorhanden ist – das Verhalten kann dann unabhängig von der Intention durch die Gewohnheit vorhergesagt werden (Di Maio et al., 2021).

Für das nähere Verständnis von gewohnheitsmäßiger Verhaltensänderung ist die Erkenntnis, dass die Gewohnheit den Einfluss bewusster Intentionen auf das Handeln mildert, sodass mit zunehmender Gewohnheitsstärke die Beziehung zwischen Intention und Verhalten abnimmt, von großer Bedeutung (Gardner, 2015). Dies spiegelt sich auch darin wider, dass Gewohnheiten resistent gegenüber einem Unterlassungsschema sind, d. h. sie bleiben auch dann bestehen, wenn eine Belohnung (z. B. das Erreichen des anfänglichen Zieles) ausbleibt (Smith, Ann & Graybiel, 2016). Dieses Wissen kann bei antizipierten Verhaltensänderungen v. a. deshalb relevant sein, weil Menschen keinen bewussten Zugang zu Gewohnheitshinweisen haben und ihre eigenen Gewohnheiten fälschlicherweise ihrem Willen, ihrer Intention, zuschreiben (Mazar & Wood, 2018). Wären Menschen sich bewusst darüber, dass Gewohnheiten letztendlich unabhängig von Intentionen sind und vielmehr abhängig von ihren anderen Merkmalen (z. B. Kontextabhängigkeit), könnte es ihnen die Korrektur risikoreicher Gewohnheiten erleichtern und die Etablierung gesundheitsförderlicher Gewohnheiten begünstigen.

Kontext und Assoziationen: Während Menschen häufig willentliche, zielgerichtete Erklärungen dafür verwenden, warum sie Gewohnheiten ausüben (Carden & Wood, 2018), findet eigentlich eine Delegation der Handlungskontrolle von Zielen an kontextuelle Hinweise statt (Orbell & Verplanken, 2010; Mazar & Wood, 2018). Wenn Menschen ein Verhalten wiederholt in einem bestimmten Kontext ausführen, entwickeln sie im Gedächtnis implizite Assoziationen zwischen Kontexten und Reaktionen (Carden & Wood, 2018). Da Gewohnheiten im prozeduralen Gedächtnis relativ getrennt von Zielen und Absichten gespeichert werden, aktiviert die Begegnung mit demselben Kontext gewohnheitsmäßige

Reaktionen, selbst wenn starke, neue Absichten vorhanden wären (Walker, Thomas & Verplanken, 2014). Diese Assoziation zwischen mentalem Kontext und Verhalten wird durch Wiederholungen in einem spezifischen Kontext verstärkt und sorgt dafür, dass alternative Optionen weniger erreichbar im Gedächtnis werden (Danner, Aarts & de Vries, 2007, 2008). So wird ein gewohnheitsmäßiges Verhalten schnell, effizient und mit minimaler Voraussicht ausgelöst. Begründete Kognitionen, wie Intentionen, werden dagegen auf einem Reflexionspfad dargestellt, wobei ein Hinweis eine regelbasierte Überlegung auslöst, die das Verhalten langsam und mühsam steuert (Gardner, 2015). Kontext-Hinweise für Gewohnheiten können beispielsweise Ausführungsorte, vorangehende Handlungen in einer Sequenz, die Anwesenheit einer bestimmten Person, ein Gefühl oder ein Gedanke sein (Orbell & Verplanken, 2010). Somit ist die Bildung von Gewohnheiten ein Prozess, durch den sich die Verhaltenskontrolle von der Zielabhängigkeit zum Kontext und dessen stabilen Merkmalen verschiebt (Mazar & Wood, 2018; Wood et al., 2002).

Wiederholung: Ergänzend zu dem Merkmal der Kontext-Abhängigkeit und den damit verbundenen Assoziationen, spielt auch die Frequenz der Gewohnheit eine Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass Individuen bei häufiger Wiederholung einer Verhaltensweise Assoziationen zwischen Hinweis und Verhalten verinnerlichen und, dass sich die Verhaltenskontrolle auf situationsbedingte Hinweise verlagert, die dann ausreichen, um eine automatische Reaktion auszulösen (Gardner, de Bruijn & Lally, 2011). Die Bedeutung der Wiederholung liegt also darin, dass durch sie stabile Elemente im Leistungskontext mit dem Verhalten verbunden werden bzw. eine Kontext-Verhalten-Assoziation geschaffen wird (Mazar & Wood, 2018). Deshalb sollten Gewohnheiten nicht direkt aus der Messung der Verhaltenshäufigkeit abgeleitet werden, obwohl diese wesentlich für dessen Entstehung ist (Orbell & Verplanken, 2010): Es geht nicht um die Wiederholung selbst, sondern um den kausalen Zusammenhang von ihr mit den mentalen Assoziationen einer Gewohnheit. Außerdem hat die Wiederholung nur noch wenig Einfluss auf die Gewohnheit, wenn die Stärke der Gewohnheit ihren Höhepunkt erreicht hat, denn die Gewohnheit sollte das Verhalten fördern und nicht umgekehrt (Lally et al., 2010).

Automatismus und Unbewusstheit: Automatismus ist das zentrale Kriterium für die Bildung von Gewohnheiten (Stojanovic et al., 2021). Zwar kann man keine totale unbewusste Kontrolle einer Gewohnheit erwarten, aber man kann einen schrumpfenden Bedarf an kontrolliertem Denken erwarten, wenn eine starke Gewohnheit ausgeübt wird (Galla & Duckworth, 2015; Wood et al., 2002). Dies zeigen auch Studien, wie z. B. die randomisiert-kontrollierte Studie von Kliemann et al. (2017): Hierbei wurde das Ziel der Gewichtsreduktion bei einer von zwei Gruppen mit einem Interventionsansatz verfolgt, welcher eine gewohnheitsmäßige Verhaltensänderung mittels Tipps (z. B. Aktionsplanung etc.) anstrebte. Die Automatik des Zielverhaltens nahm in dieser Gruppe signifikant stärker

zu als in der Vergleichsgruppe mit üblicher Betreuung. Auf physiologischer Ebene ist dieser Automatismus sogar an der neuronalen Aktivität in den Basalganglien erkennbar: Vorherrschendes Merkmal bei dem entsprechenden Aktivitätsmuster ist, dass es in engem Zusammenhang damit steht, wie fließend und scheinbar nicht zielgerichtet das damit verbundene Verhalten ist (Smith et al., 2016).

Während neue oder seltene Verhaltensweisen mentale Anstrengung und bewusstes Denken erfordern, ist dies bei wiederholten Verhaltensweisen weniger der Fall. Häufig wiederholte Verhaltensweisen können effizient eingeleitet und/oder ausgeführt werden (im Sinne eines geringen Bedarfs an mentalen Ressourcen) und können daher als reibungslos, natürlich oder als Teil eines Ablaufs von Ereignissen erlebt werden. Da Gewohnheiten ohne anstrengende kognitive Vermittlung ablaufen, können sie auch unter Bedingungen der Ich-Erschöpfung ausgeführt werden, d. h., wenn die Selbstkontrolle und die motivierende Energie nicht vorhanden sind (Hagger, Wood & Chatzisarantis, 2010; Neal, Wood & Drolet, 2013). Dennoch birgt der Automatismus auch Risiken. So gibt es Belege dafür, dass der gewohnheitsmäßige Automatismus, der mit einem Hinweis verbunden ist, die Wahrscheinlichkeit erfasst, dass eine Person eine unbeabsichtigte Reaktion auf einen Hinweis zeigt, der zuvor mit dieser Reaktion verbunden war. Je stärker der mit dem Hinweis verbundene Automatismus ist, desto wahrscheinlicher ist eine zufällige, nicht beabsichtigte Reaktion (Orbell & Verplanken, 2010). Orbell und Verplanken (2010) zeigten in einer prospektiven Studie beispielsweise, dass das Ziel, das Anzünden einer Zigarette in einer Kneipe zu vermeiden, durch die automatische Gewohnheitsreaktion, die durch die Umgebung der Kneipe ausgelöst wurde, übertrumpft wurde. Die Wahrscheinlichkeit eines Verhaltensausrutschers wurde durch die Stärke des Automatismus (bzw. der Gewohnheitsassoziationen) bestimmt (Orbell & Verplanken, 2010). Der Automatismus von Gewohnheiten ist also als Segen und Fluch zugleich zu verstehen.

Zusammenfassend kann der Begriff Automatismus eine Reihe unterschiedlicher Eigenschaften umfassen, die Bargh (1994) wie folgt zusammenfasst: Er bezeichnet niedriges Bewusstsein, geistige Effizienz, fehlende Kontrolle und fehlende bewusste Absicht als die vier Reiter der Automatik (zitiert nach Verplanken & Melkevik, 2008).

Aktionsplanung: Planung und Gewohnheit wirken teilweise zusammen (Di Maio et al., 2021). Während einfache Zielintentionen die Struktur ‚Ich möchte X erreichen‘ aufweisen, welche oft mit volitionalen Schwierigkeiten zusammenhängt, können diese mithilfe der Struktur von Ausführungsintentionen, ‚Ich nehme mir vor, X zu tun, wenn Situation Y auftritt‘, überwunden werden (Scholz & Schwarzer, 2005). Aktionspläne werden oft eingesetzt, um die Intentionen-Verhaltens-Lücke zu überwinden – wenn man sich ihre Struktur jedoch genauer anschaut, wird durch das Planen des spezifischen Kontextes eigentlich die Gewohnheitsbildung angeregt. Die Qualität solcher Pläne ist für die Gewohnheitsbildung

jedoch von großer Bedeutung, da sie kontextspezifisch sein müssen, damit das angestrebte Verhalten automatisch wird (Kliemann et al., 2017) bzw. das Zielverhalten an bestimmte situative Hinweisreize geknüpft ist, sodass es zu einer Externalisierung der Kontrolle und einer Annäherung an eine Automatisierung der Verhaltensauslösung kommt (Scholz & Schwarzer, 2005).

Erinnerungen: Erinnerungen sind gängige Funktionen von web- und smartphone-basierten Programmen. Zwar können Erinnerungen kurzfristig wirksam sein, langfristig können sie jedoch die Gewohnheitsbildung behindern. Erinnerungen können dazu führen, dass Menschen über die Wiederholung von Verhaltensweisen nachdenken, und dieses Nachdenken schließt manchmal die Bildung von Gewohnheiten aus (Stawarz, Cox & Blandford, 2015).

Selbstwirksamkeit: Gewohnheit und Selbstwirksamkeit können wechselseitig unterstützend wirken. Einerseits bleiben Gewohnheiten, wie bereits beschrieben, in der Regel auch dann bestehen, wenn die Ressourcen zur Selbstregulierung erschöpft sind. Andererseits sind Gewohnheiten auch durch ausreichende Willenskraft und Selbstregulierungsressourcen beeinflussbar (Neal et al., 2013). Beispielsweise kann Selbstwirksamkeit dazu beitragen, unerwünschte automatische Reaktionen außer Kraft zu setzen, sich entsprechend eines beabsichtigten Verhaltens zu verhalten (Kliemann et al., 2017) oder den Prozess der Planung und Initiierung von Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen (Di Maio et al., 2021). Bemerkenswert ist auch, dass Menschen mit hoher Selbstkontrolle schwächere Gewohnheiten für ungesunde Aktivitäten (z. B. Junk-Food essen) und starke Gewohnheiten für gesunde Aktivitäten (z. B. körperliche Aktivität) aufweisen (Galla & Duckworth, 2015; Gillebaart & Adriaanse, 2014). Dazu passt auch die Erkenntnis von Di Maio et al. (2021), dass Menschen mit überdurchschnittlich hoher Gewohnheitsstärke und mit überdurchschnittlich hoher Selbstwirksamkeit mit größerer Wahrscheinlichkeit Gesundheitsverhalten aufweisen.

2.2.2.4 Relevanz der Gewohnheit für Gesundheitsverhalten

Bisher haben sich die Theorien zum Gesundheitsverhalten weitgehend auf die Rolle von Reflexions- und Motivationsprozessen bei der Vorhersage dieser konzentriert (Fishbein & Ajzen, 2010, zitiert nach 6, S. 51; Orbell & Verplanken, 2010). Dabei berücksichtigen weder der HAPA noch andere Modelle des Gesundheitsverhaltens, dass wir die meisten unserer Verhaltensweisen wiederholen (Verplanken & Melkevik, 2008). Jedoch sind es v. a. die kumulativen Effekte der Wiederholung, die ein Verhalten gesundheitsschädlich (z. B. das Konsumieren von Fast Food) oder gesundheitsförderlich (z. B. Sport) machen können (Verplanken & Melkevik, 2008). Allein deshalb ist es fraglich, wieso die Gewohnheit als psychologisches Konstrukt keine Berücksichtigung in Modellen von Gesundheitsverhalten

findet, zumal sie einen vorteilhaften Ansatzpunkt für gesundheitsförderliche Interventionen darstellt.

Die stille Annahme, dass die Automatisierung einfacher Handlungen auf komplexe Gesundheitsverhaltensweisen übertragen werden kann, bleibt weitgehend unhinterfragt (Maddux, 1997, zitiert nach Gardner, 2015). Dabei können Gewohnheiten im täglichen Leben strategisch genutzt werden, um Aufgaben effizient und mit minimalem Stress zu erledigen – die kognitive Ökonomie und Leistungseffizienz gehört doch zu den auffälligsten ihrer Vorteile (Wood et al., 2002), was sie v. a. für den Einsatz bei Stressreduktion optimal macht. Mit diesem Automatismus und der daraus resultierenden Schnelligkeit und Effektivität, mit der er zum Zielverhalten führt, sind Gewohnheiten reflektiven Prozessen, wie bei Intentionen, weit überlegen (Di Maio et al., 2021).

Der Großteil aktueller Gesundheitsinterventionen setzt auf motivierende Appelle, die Menschen ermutigen sollen, positive gesundheitsbezogene Zielintentionen zu entwickeln. In den letzten Jahren wurde jedoch deutlich, dass dieser Standardansatz zur Verhaltensänderung keine ausreichenden Langzeitwirkungen erzielt. Menschen ändern ihr Verhalten vorübergehend, wenn sie motiviert genug dafür sind. Mehr Wissen und Informationen können das Verhalten so kurzfristig ändern. Sobald aber die Motivation schwindet, fallen sie in ihre alten, risikoreichen Verhaltensweisen zurück. Deshalb braucht die Psychologie neue Ansätze, um Menschen zu gesunden Verhaltensänderungen anzuregen (Mazar & Wood, 2018). Im Gegensatz dazu hätten Interventionsansätze, bei der die Entscheidung zur Ausübung eines Gesundheitsverhaltens automatisiert wird bzw. gewohnheitsmäßig wird, enormes Potenzial, um Verhaltenstreue und Rückfallprävention zu bewirken (Biddle & Nigg, 2002, zitiert nach Verplanken & Melkevik, 2008). Weitere Vorteile der Gewohnheit bestehen darin, dass die Gewohnheitsstärke positiv mit der Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Verhaltensänderung korreliert (Gardner, 2015), dass ein minimaler kognitiver Leistungsaufwand besteht, der anderweitig genutzt werden kann (Wood et al., 2002) und, dass sie Motivations- und Willensdefizite kompensieren (Di Maio et al., 2021).

Die Intention, ein Gesundheitsverhalten zu etablieren, ist oft kurzlebig und wird von dem Phänomen der Intentions-Verhaltens-Lücke gefolgt. Das psychologische Konstrukt der Gewohnheit dagegen ist zwar um einiges komplexer, bietet gegenüber der Intention jedoch bedeutsame Vorteile bezüglich Verhaltensänderungen. Ein weitreichendes, wissenschaftliches Verständnis dieser Komplexität durch den Einzelnen ist für eine Etablierung von gesunden Gewohnheiten jedoch nicht von Relevanz. Das ausschlaggebende Merkmal, was hierfür erkannt werden muss ist lediglich, dass das Zielverhalten wiederholt durch beständige Hinweisreize bzw. in einem gleichbleibenden

Kontext ausgeübt werden sollte. Solch eine Handreichung würde Gewohnheitsbildung für jeden Einzelnen zugänglich machen.

Angesichts dieser Argumentation sollte das psychologische Konstrukt der Gewohnheit einen Platz in zukünftigen Modellen von Gesundheitsverhalten finden. Beispielsweise könnte der HAPA wie in Abbildung 2 erweitert bzw. angepasst werden.

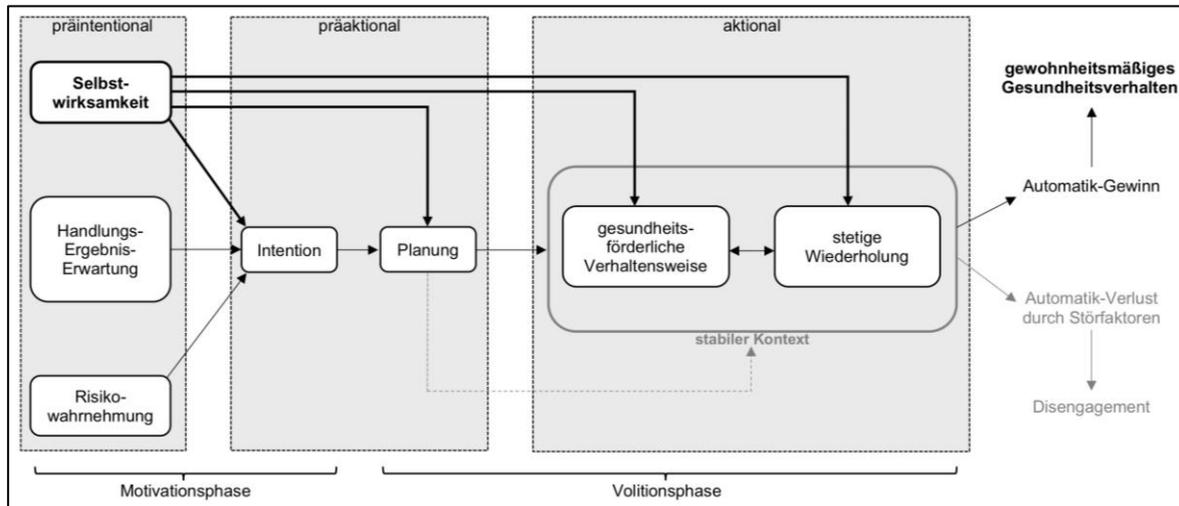


Abbildung 2. Mögliche Erweiterung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns nach Schwarzer mit dem psychologischen Konstrukt der Gewohnheit. (eigene Darstellung)

2.2.2.5 Selbstwirksamkeit als psychologisches Konstrukt

Selbstwirksamkeit (SW) ist der Glaube an die eigene Fähigkeit zur Bewältigung von Umwelтанforderungen (Benight & Bandura, 2004; Bandura, 1997 zitiert nach Obbarius et al., 2021), bzw. daran, durch das eigene Verhalten die gewünschten Ergebnisse zu erzielen (Stojanovic et al., 2021). Sie spiegelt die Überzeugung des Einzelnen wider, dass er in der Lage ist, eine bestimmte Aufgabe und sein eigenes Funktionieren zu kontrollieren, und stellt eine optimistische Überzeugung über seine Fähigkeit dar, mit Hindernissen fertig zu werden, die während der Aufrechterhaltung des Verhaltens auftreten (Bandura, 1997 zitiert nach Di Maio et al., 2021).

Die Qualität der SW wirkt sich sowohl auf die Initiierung als auch auf die Dauerhaftigkeit eines Verhaltens aus. Dazu hat die Stärke der Überzeugung der Menschen von ihrer eigenen Effektivität einen Einfluss darauf, ob sie überhaupt versuchen werden, bestimmte Situationen zu bewältigen (Bandura, 1977). So hat die wahrgenommene SW einen direkten Einfluss auf die Wahl der Aktivitäten, kann aber auch durch die Erwartungen eines möglichen Erfolgs die Bewältigungsbemühungen beeinflussen, sobald diese eingeleitet wurden. Selbstwirksamkeitserwartungen bestimmen, wie viel Anstrengung Menschen aufwenden und wie lange sie angesichts von Hindernissen und aversiven Erfahrungen durchhalten werden. Je stärker die wahrgenommene SW ist, desto aktiver sind die

Bemühungen (Bandura, 1977). Außerdem lässt sich eine gesteigerte SW tendenziell auch auf andere, ähnliche wie auch abweichende, Situationen übertragen (Bandura, 1977).

Die Erwartungen an die persönliche SW beruhen auf vier Hauptinformationsquellen: *Leistungserfolge*, *stellvertretende Erfahrungen*, *verbale Überzeugungsarbeit* und *physiologische Zustände* (Bandura, 1977). Diese haben einen fördernden Einfluss auf die individuell wahrgenommene SW und stehen in folgendem Verhältnis zueinander (siehe Abbildung 3).

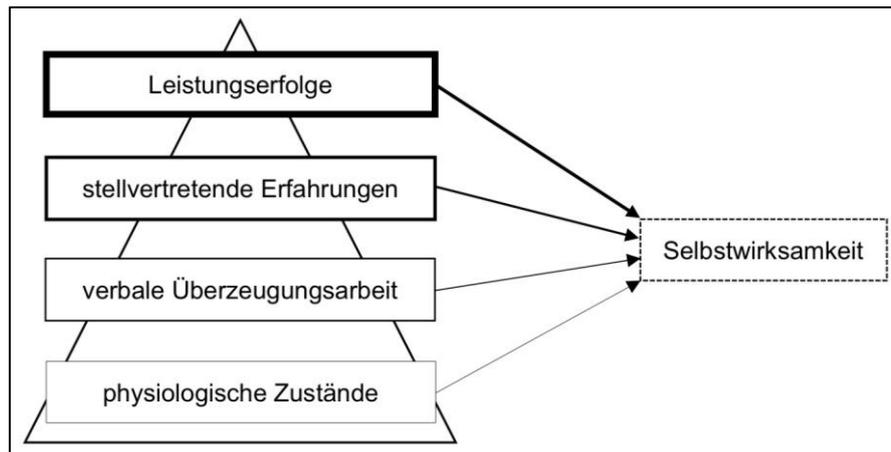


Abbildung 3. Die vier Hauptinformationsquellen von Selbstwirksamkeit nach Bandura. (eigene Darstellung)

Physiologische Zustände, wie z. B. emotionale Erregung oder Biofeedback wie Herzklopfen vor einer Handlungsausführung, können informativ und motivierend auf die SW wirken. Jedoch üben sie den schwächsten Einfluss auf sie aus (Bandura, 1977).

Der zweit-schwächste Einflussfaktor ist die verbale Überzeugungsarbeit, wozu beispielsweise Suggestionen wie ‚Du schaffst das!‘ gehören. Der Einfluss ist schwach, weil sie keine authentische Erfahrungsgrundlage bieten (Bandura, 1977). Dazu kann die Qualität dieses Einflussfaktors je nach wahrgenommener Glaubwürdigkeit des Überzeugers, seinem Prestige, seiner Vertrauenswürdigkeit, seinem Fachwissen und seiner Gewissheit sehr variieren (Bandura, 1977).

Die stellvertretenden Erfahrungen stellen den zweit-stärksten Einflussfaktor der SW dar. Hierbei geht es um das sogenannte Modelllernen, also um die Beobachtung des Verhaltens anderer Personen in einem vergleichbaren Kontext. Wenn man sieht, dass andere herausfordernde Aktivitäten ohne nachteilige Folgen durchführen, kann dies bei den Beobachtern die Erwartung wecken, dass sie sich ebenfalls verbessern werden, wenn sie ihre Bemühungen intensivieren und durchhalten. Sie reden sich ein, dass, wenn andere es können, sie auch in der Lage sein sollten, zumindest eine gewisse Leistungssteigerung zu erreichen (Bandura, 1977).

Der stärkste Einflussfaktor ist der Leistungserfolg, also das eigene erfolgreiche Verhalten, welches internal attribuiert wird. Da Leistungserfolge auf der persönlichen Erfahrung mit der Bewältigung einer Herausforderung beruhen, sind sie besonders authentisch und einflussreich. Außerdem können wiederholte Erfolge den negativen Einfluss von Misserfolgen kompensieren (Bandura, 1977).

2.2.2.6 Relevanz der Selbstwirksamkeit für Gesundheitsverhalten

Die individuelle SW spielt eine fundamentale Rolle bei der Bildung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten. Beispielsweise zeigen Untersuchungen der SW bei Personen, die beabsichtigen, sich körperlich zu betätigen, dass der Grad der SW zwischen erfolglosen und erfolgreichen Teilnehmerprofilen unterscheidet: Selbstwirksame Personen setzen ihre guten Absichten mit größerer Wahrscheinlichkeit erfolgreich in die Tat um als Personen mit geringer SW (Di Maio et al., 2021). Zudem liegen Metaanalysen vor, welche belegen, dass SW moderate bis starke Effekte auf gesundheitsbezogene Interventionen und Verhalten hat (Sheeran et al., 2016).

Außerdem ist SW erforderlich, um Hindernisse und Rückschläge zu überwinden und die Selbstmotivation wiederholt anzuregen (Di Maio et al., 2021). Hierbei wird angenommen, dass selbstwirksame Personen mehr Anstrengung bei einer Zielverfolgung aufwenden und beständiger gegenüber Rückschlägen und Schwierigkeiten sind (Di Maio et al., 2021). DiMaio et al. (2021) zeigen beispielsweise in ihrer Studie, dass Teilnehmer mit überdurchschnittlich hoher SW sich mehr körperlich betätigen als diejenigen mit einer unterdurchschnittlichen SW. Weiterhin wurde die SW als Moderator für die Erklärung der Beziehung zwischen Aktionsplanung und Zielverhalten bestimmt (Di Maio et al., 2021).

Abschließend lässt sich sagen, dass die individuelle SW ein bedeutender Prädiktor für Gesundheitsverhalten ist und dabei eine wichtige Moderatorfunktion, beispielsweise zwischen Planung und Handlungsausführung, einnimmt.

2.3 Der Einfluss von Social Media auf Gesundheitsverhalten

Die Nutzung von *Social Media* (SM) ist für viele Menschen ein fester Bestandteil ihres Alltags. Primär dient die SM-Nutzung der Unterhaltung, jedoch ermöglicht SM auch Modelllernen (durch stellvertretende Erfahrungen; siehe Kapitel 2.2.2.5) und kann dadurch sogar einen positiven Einfluss auf Gesundheitsverhaltensänderungen ausüben.

2.3.1 Social-Media-Nutzung in Deutschland

Aus unserer modernen Gesellschaft ist SM kaum wegzudenken. Die SM-Nutzung nimmt immer weiter zu: Seit dem Jahr 2012 ist sie jährlich um durchschnittlich 12% gewachsen (Beveridge & Keiser, 2022). In einer Studie von *Hootsuite* und *We Are Social* im Jahr 2021

stellte sich heraus, dass schätzungsweise 78,7% der Menschen in Deutschland SM nutzen. Das entspricht etwa 66 Millionen Menschen (Lewanczik, 2021). Im Februar 2022 verzeichnet *Hootsuite* sogar einen weiteren Anstieg auf 72,6 Millionen aktiver SM-Nutzer in Deutschland (Beveridge & Keiser, 2022). Zudem pflegt jeder deutsche SM-Nutzer durchschnittlich sogar sechs Accounts (Lewanczik, 2021) und verbringt dabei durchschnittlich eine Stunde und 19 Minuten täglich auf SM-Plattformen (Beveridge & Keiser, 2022). Besonders beliebt ist SM bei den 14- bis 29-Jährigen. Diese Altersgruppe macht den größten Anteil der SM-Nutzer in Deutschland aus (Rabe, 2021). Bei ihnen sind primär bildbasierte SM-Plattformen wie Instagram, Snapchat, Facebook und TikTok von Bedeutung (siehe Abbildung 4).

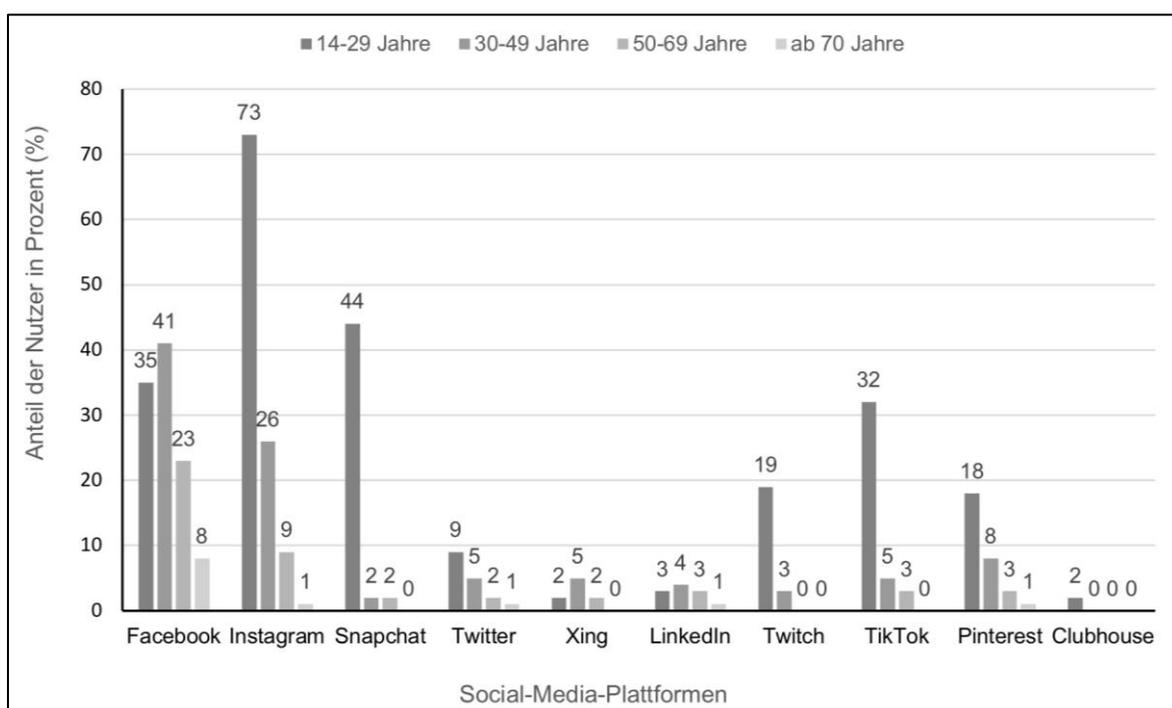


Abbildung 4. Der Anteil der Nutzer von Social-Media-Plattformen nach Altersgruppen in Deutschland im Jahr 2021. (Quelle: Rabe, 2021)

2.3.2 Social-Media-Vorbilder

Besonders innerhalb der dominierenden Gruppe der SM-Nutzer im Alter von 14 bis 29 Jahren (siehe Abbildung 4) werden Idole heutzutage oft in den Sozialen Medien gefunden. Dabei sind es v. a. die reichweitenstärksten SM-Plattformen (siehe Abbildung 4), die neue SM-Berühmtheiten hervorbringen (Döring, 2018). Umgangssprachlich werden diese SM-Vorbilder bzw. SM-Berühmtheiten auch *Influencer* (zu Deutsch: ‚Beeinflusser‘) genannt. Durch diese Influencer bietet SM „eine in Massenmedien fehlende Vielfalt an Rollenmodellen“ (Döring, 2018, S. 20).

Influencer „erfüllen in erster Linie Unterhaltungsfunktionen“ (Döring, 2018, S. 19). Anzuerkennen ist jedoch auch, dass sie neben dem reinen Entertainment immer wieder

„wichtige Fragen verhandeln“, beispielsweise zu Themen wie Selbstwertgefühl, Depressionen, Konflikte, Alkoholkonsum usw. (Döring, 2016, zitiert nach Döring, 2018, S. 19-20). So widmen sich viele Influencer auch vertieft anspruchsvolleren Themen und nehmen dabei eine Erziehungs- und Vorbildfunktion für kleinere Zielgruppen ein (Döring, 2018). Mittlerweile wird so jedes erdenkbare Thema auf SM angesprochen. Die meisten reichweitenstarken SM-Accounts spezialisieren sich dabei auf ein Thema, d. h. sie suchen sich eine bestimmte Nische. So produzieren sie gezielten *Content* (zu Deutsch: Inhalt), z. B. zu Mode, Ernährung, Sport etc. – zu allen möglichen Themen. In erster Linie bieten Social-Media-Vorbilder also Unterhaltung, als Nebenprodukt jedoch auch Orientierung und Vorbildfunktionen. „Ob es sich dabei im Einzelfall um positive oder negative Einflüsse handelt, hängt von der Social-Media-Persönlichkeit und ihren Botschaften wie der Lebenssituation und Perspektive der Mediennutzenden ab“ (Döring, 2018, S. 20).

Medial repräsentierte Personen wie SM-Vorbilder sind mittlerweile also Teil der sozialen Umwelt von Menschen (Döring, 2013). Es können sogar sogenannte *parasoziale Beziehungen* zu SM-Vorbildern entstehen: Diese beschreiben „einseitige, nicht-reziproke, scheinbar zwischenmenschliche Beziehungen, die Mediennutzer zu Medienfiguren aufbauen“ (Döring, 2013, S. 302). Solche parasozialen Beziehungen bieten z. B. motivierende Orientierung an SM-Vorbildern (Döring, 2013) und begünstigen eine „empathische, identifikatorische und sozial vergleichende Interaktion mit der betreffenden Medienperson“ (Auer, 2008 zitiert nach Döring, 2013, 303), wodurch zusätzlich Einstellungs- und Verhaltensänderungen gefördert werden können (Döring, 2013). Dies erfordert jedoch auch „eine entsprechende Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Bewertung der Medienperson und unseres Verhältnisses zu ihnen“ (Döring, 2013, S. 296). Wenn diese Prozesse positiv ausfallen, kann eine Verhaltensänderung durch die parasoziale Beziehung gefördert werden, indem sie z. B. die Überzeugungskraft persuasiver Botschaften (z. B. Kampagnen zur Gesundheitsversorgung) steigert (Döring, 2013). Weiterhin kann die parasoziale Beziehung zu einem positiveren Selbsterleben bzw. einer geringeren Realselbst-Idealselbst-Diskrepanz führen, welche zu entsprechenden realen Verhaltensänderungen motivieren kann (Klimmt et al., 2009, zitiert nach Döring, 2013). Dies ist darauf zurückzuführen, dass durch die Identifikation mit einer bewunderten Person diese Diskrepanz aufgehoben und problemlos ein positives Selbst-Erleben erzeugt werden kann (Döring, 2013).

Bei der Wirkung von SM-Vorbildern auf das eigene Verhalten kann außerdem die *Theorie der sozialen Vergleiche* (aus dem Englischen: *social comparison theory*) von dem Sozialpsychologen Festinger (1954) eine Rolle spielen.

[Diese] geht davon aus, dass sich Menschen bei ihrer Selbsteinschätzung an anderen Personen orientieren (...). Der soziale Vergleich bezieht sich dabei auf einzelne Merkmale (z. B. körperliche Aktivität (...)). Soziale Vergleiche haben kognitive (Selbsteinschätzung, Selbstkonzept), emotionale (Selbstwertgefühl) sowie auch motivationale und verhaltensbezogene Aspekte (Selbstentwicklung, Selbstwirksamkeit) (Festinger, 1954, zitiert nach Döring, 2013, S. 300).

Dabei lassen sich drei Typen von sozialen Vergleichen unterscheiden: *Aufwärts-Vergleiche*, *Abwärts-Vergleiche* und *horizontale Vergleiche* (Döring, 2013). Bei den Aufwärts-Vergleichen vergleichen Menschen sich mit Personen, die ihnen hinsichtlich des interessierten Merkmals überlegen sind. „Dies kann einerseits als Ansporn dienen, die eigene Leistung zu verbessern, wenn man glaubt, dem Vorbild erfolgreich nacheifern zu können (...). Andererseits kann ein Aufwärtsvergleich auch das Selbstwertgefühl beeinträchtigen, wenn das Erreichen des Vergleichsstandards unmöglich ist“ (Döring, 2013, S. 300). Bei den Abwärts-Vergleichen vergleichen sich Menschen mit Personen, die einem hinsichtlich des interessierten Merkmals unterlegen sind. „Der Vergleichsprozess steigert das Selbstwertgefühl und kann u. a. bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen hilfreich sein (...).“ (Döring, 2013, S. 300). Bei den horizontalen Vergleichen vergleichen sich Menschen mit Personen, „die hinsichtlich des interessierenden Merkmals ähnliche Ausprägungen bzw. Voraussetzungen aufweisen. Dieser Vergleichstyp fördert realistische Selbsteinschätzungen“ (Döring, 2013, S. 300). In der Vergangenheit stand SM vermehrt in der Kritik dafür, fast ausschließlich kontrastive Aufwärts-Vergleiche zu provozieren, da die meisten SM-Vorbilder Ausnahmepersonen bzw. Berühmtheiten mit überdurchschnittlich hohen Lebensstandards waren. Jedoch ist hierbei die Entwicklung bemerkbar, dass immer mehr SM-Vorbilder mit ähnlichen Lebensstandards wie ihre Audienz auf SM vertreten sind, was assimilative Vergleichsprozesse fördert (Döring, 2013).

2.3.3 Die Bedeutung von Social-Media-Vorbildern für Gesundheitsverhaltensänderungen

Inzwischen erregt SM steigendes Interesse auf Seiten von Gesundheitsverbrauchern und Gesundheitsfachkräften bzw. Dienstleistern. Die Gesundheitsbranche erkennt derweil die Einflussmöglichkeiten durch SM an und nutzt sie vermehrt für ihren Kundenstamm. Millionen von Menschen nutzen täglich SM, um Gesundheitsinformationen zu suchen, Online-Recherchen zu ihren Krankheiten durchzuführen, Geschichten auszutauschen, Blogs zu schreiben, Videos anzusehen und vieles mehr. So können beispielsweise auch Patienten fundiertere Entscheidungen über ihr Gesundheitsmanagement treffen. Dieser Sachverhalt ist von entscheidender Bedeutung, um die Anwendung von SM im

Gesundheitswesen besser zu verstehen und Vorteile für die Gemeinschaft zu erzielen (Khan, Saleh, Quazi & Johns, 2021).

Mittlerweile gibt es Studien, die belegen, dass SM-Vorbilder einen Einfluss auf verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen haben können. Zu diesen Verhaltensweisen gehören z. B. das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung während der Corona-Pandemie (Al-Dmour, H., Masa'deh, R., Salman, A., Abuhashesh, M. & Al-Dmour, R., 2020), gesunde Ernährung (Chung et al., 2021), oder auch körperliche Aktivität (Raggatt et al., 2018). Diese Studien zeigen jedoch auch auf, dass dieser Einfluss sowohl *positiv* als auch *negativ* ausfallen kann.

Die bisherigen Erkenntnisse und die wachsende Forschung zum Effekt von SM auf Gesundheitsverhaltensänderungen deuten einerseits darauf hin, dass SM-Vorbilder durchaus Potenzial haben, um das Gesundheitsverhalten ihrer Beobachter positiv zu beeinflussen. Andererseits scheinen die negativen Effekte von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten ebenso präsent zu sein, was die Frage aufwirft, wovon diese (sehr unterschiedlichen) Effekte abhängen. Besonders vor dem Hintergrund der immensen Anzahl von SM-Nutzern sollte diese Frage stärker in den Fokus der Gesundheitswissenschaften bzw. -psychologie rücken.

2.4 Erkenntnisinteresse: Forschungsfrage und Hypothesen

Die Fragestellung für diese Forschungsarbeit wurde vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands entwickelt. Ein näheres Verständnis über den Effekt der individuellen SW auf den Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten könnte Aufschluss darüber geben, wer von dem Verfolgen von SM-Vorbildern profitieren könnte und für wen dieser Einfluss destruktiv (für die individuelle SW und Verhaltensänderung) wäre. Zudem würden die dazugehörigen Ergebnisse es ermöglichen, SM-Vorbilder als *positiven Einfluss* auf Gesundheitsverhalten für Menschen mit verschieden starker SW, evtl. auch durch entsprechende Interventionen, zugänglich zu machen. Aufgrund der hohen SM-Nutzung in Deutschland (und weltweit), wären diese Erkenntnisse von hohem Wert und würden die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft fördern.

Das besondere Interesse an der individuellen SW ergibt sich hierbei aus dem folgenden Sachverhalt: Die individuelle SW spielt eine wichtige Rolle in jeder Phase der Verhaltensänderung und der Aufrechterhaltung einer Verhaltensweise. Jedoch liegen aktuell keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber vor, ob die Stärke der individuellen SW den Effekt von (SM-)Vorbildern auf die Gewohnheitsbildung moderiert. Es soll deshalb untersucht werden, ob die Qualität der individuellen SW als Moderator zwischen der Wahrnehmung bzw. Bewertung von (SM-)Vorbildern und der Wahrscheinlichkeit für eine Übernahme von vorgelebten (stressreduzierenden) Gewohnheiten agieren kann. Die

Annahme, dass Vorbilder je nach individueller SW ihrer Beobachter verschieden wahrgenommen werden könnten, ergibt sich aus dem sozial-kognitiven Modell nach Bandura bzw. den vier Hauptinformationsquellen der SW. Dabei sollen die stellvertretenden Erfahrungen (bzw. das Modelllernen) einen wichtigen Faktor zum Aufbau von SW darstellen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob stellvertretende Erfahrungen durch Vorbilder tatsächlich positiv auf die SW wirken, oder doch eher nur auf eine sowieso hohe SW. Auf diesen zwiespaltigen Einfluss deutet ebenfalls der Aufwärts-Vergleich in der Theorie der sozialen Vergleiche hin, welcher motivierend als auch belastend wirken kann. Deshalb sollen in dieser Forschungsarbeit folgende Zusammenhänge untersucht werden:

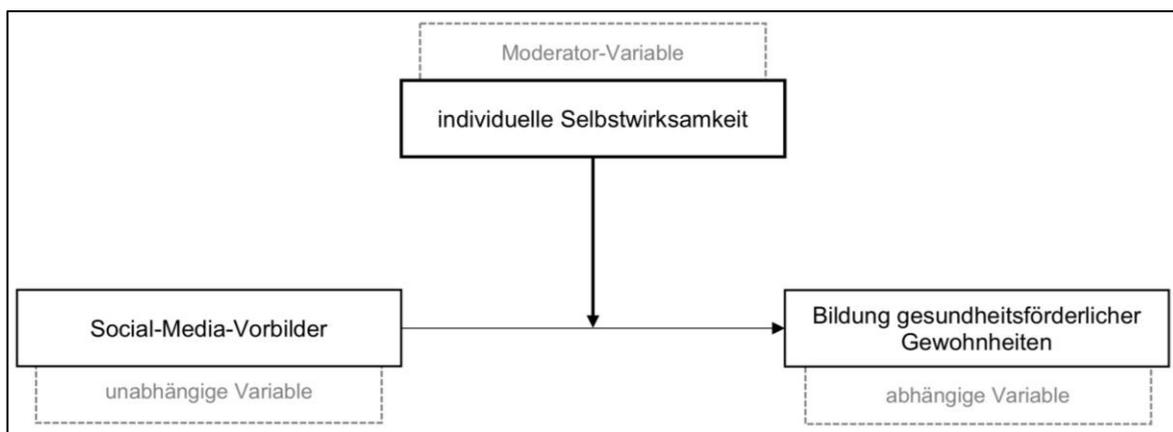


Abbildung 5. Zu untersuchende Zusammenhänge zwischen Social-Media-Vorbildern, individueller Selbstwirksamkeit und Gesundheitsverhalten.

Da in der Gesundheitspsychologie die Bedeutung von Gewohnheit für Gesundheitsverhalten anerkannt wird, wurde sie als weitere Variable für diese Untersuchung ausgewählt. Hierbei wird es im Speziellen um die gewohnheitsmäßige Stressreduktion gehen, da sie ein Gesundheitsverhalten von herausragender Relevanz ist. Stress ist nämlich mit weitaus mehr Erkrankungen assoziiert und wird von weitaus mehr Menschen erlebt als andere Risikofaktoren.

Basierend auf den bisherigen Erkenntnissen wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

- Welchen Effekt hat die individuelle Selbstwirksamkeit auf den Einfluss von Social-Media-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten?

Schließlich strebt diese Arbeit an, folgende Hypothesen zu bestätigen bzw. zu widerlegen:

- H1: Menschen mit einer *hohen Selbstwirksamkeit* werden bei der Bildung stressreduzierender Gewohnheiten *positiv* durch Social-Media-Vorbilder beeinflusst. Umgekehrt werden Menschen mit einer *niedrigen Selbstwirksamkeit* bei der Bildung stressreduzierender Gewohnheiten *negativ* durch Social-Media-Vorbilder beeinflusst.

- H1₁: Menschen, die eine *hohe spezifische Selbstwirksamkeit* für Meditations- und Achtsamkeits-Aktivitäten haben und Social-Media-Vorbilder verfolgen, die entsprechende

Aktivitäten vorleben, haben *stärker ausgeprägte stressreduzierende Gewohnheiten* als Menschen, die eine niedrige spezifische Selbstwirksamkeit dafür haben.

- H2: Menschen mit einer *hohen Selbstwirksamkeit* empfinden das Verfolgen von Social-Media-Vorbildern bei der Bildung stressreduzierender Gewohnheiten als *motivierend*, während Menschen mit einer *niedrigen Selbstwirksamkeit* dies als *belastend* empfinden.

- H2₁: Menschen mit einer *hohen Selbstwirksamkeit* *identifizieren* sich im sozialen Vergleich eher mit Social-Media-Vorbildern als Menschen mit *niedriger Selbstwirksamkeit*.

3 Methodik

3.1 Forschungsdesign

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Forschung gestaltete sich in Form einer korrelativen Querschnittsstudie als Online-Umfrage mithilfe der Plattform *SoSci Survey* (Leiner, 2019). Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von etwa dreieinhalb Wochen, vom 19. Mai bis zum 12. Juni 2022. Die Rekrutierung der Probanden erfolgte einerseits über einen E-Mail-Verteiler der Fachhochschule Münster an eine Kohorte einer Gesundheitspsychologie-Vorlesung und andererseits über die SM-Plattformen WhatsApp, Facebook und Instagram. Einige Instagram-Blogger teilten den Link zur Befragung, darunter ein Meditations- und Achtsamkeits-Blogger mit ca. 63.100 Abonnenten. Als zusätzlicher Anreiz zur Teilnahme wurden unter den Teilnehmenden fünf *Thalia*-Gutscheine im Wert von jeweils 10€ verlost.

3.2 Stichprobe

Die Stichprobengröße wurde mit *G*Power* (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) für eine Regression berechnet. Die errechnete Mindest-Stichprobengröße betrug $N = 43$ (Effektstärke $f = 0.15$, Signifikanzniveau $\alpha = 0.05$, Power $1 - \beta = 8$). Wünschenswert war jedoch ein Puffer von 10-20% bzw. eine Mindest-Stichprobengröße von $N = 50$, um trotz des Online-Formats der Studie qualitativ hochwertige Daten zu gewinnen.

Einschlusskriterien für die Gelegenheitsstichprobe waren ein Alter zwischen 18 und 29 Jahren und SM-Nutzung. Da die Items des Online-Fragebogens deutschsprachig formuliert waren, konnten ausschließlich Probanden mit Deutschkenntnissen teilnehmen. Die Probanden wurden darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig und anonym ist und jederzeit ohne Nachteil oder Angabe von Gründen die Möglichkeit besteht, die Umfrage abzubrechen. Vor Start der Umfrage musste die Kenntnisnahme dieser Informationen und das Einverständnis bestätigt werden (siehe Anhang A, *Begrüßung* und *Frage 1*). Insgesamt nahmen $N = 174$ Personen an der Befragung teil.

3.3 Vorbereitende Datenanalyse

Nach Prüfung der Einschlusskriterien mussten $n = 51$ Probanden aus der Studie ausgeschlossen werden. Zudem wurden $n = 2$ Personen entfernt, dessen *relative speed index (Time_RSI*; Leiner, 2019) einen Wert von ≥ 2 erzielte. Der Time RSI ist ein Index, der angibt, wie viel schneller als der typische Teilnehmer (Median) ein Teilnehmer einen Online-Fragebogen ausgefüllt hat. Werte über 1 identifizieren schnellere Teilnehmer, Werte unter 1 langsamere Teilnehmer. Datensätze mit einem Wert im Bereich von 2.0 und darüber sollten kritisch betrachtet werden (Leiner, 2019). Somit betrug die endgültige Stichprobe $N = 121$.

Bei einigen statistischen Auswertungen verkleinerte sich die Stichprobe (N) aufgrund fehlender Werte – diese Teilstichproben sind im weiteren Verlauf dieser Forschungsarbeit mit n gekennzeichnet. Betroffen sind hierbei die Skalen zu der individuellen generellen und spezifischen SW und der Gewohnheitsmäßigkeit von MAA, einschließlich der dazugehörigen statistischen Auswertungen (u. a. Moderator-Analyse und Korrelation).

Zudem wiesen einige Datensätze dieser Teilstichprobe Lücken bei den oben genannten Skalen auf. Sobald der Anteil fehlender Antworten bei einer Skala über 50% lag, wurde der jeweilige Datensatz aus der dazugehörigen statistischen Auswertung ausgeschlossen. Lag dieser Anteil unter 50%, wurden fehlende Werte durch den Mittelwert ersetzt, welcher aus den übrigen Werten errechnet wurde. Da der Anteil fehlender Antworten bei diesen Datensätzen tatsächlich weit unter 50% lag, ist deren Einschluss in die statistische Auswertung nicht relevant und sollte sich auf die Reliabilität der Studie nicht negativ auswirken.

3.4 Messinstrumente

Im Folgenden werden die einzelnen Messinstrumente beschrieben, die der Online-Umfrage zugrunde lagen. Der genaue Aufbau sowie die genauen Formulierungen der Items sind Anhang A zu entnehmen.

3.4.1 Fragen zur Soziodemographie

Zum Zweck der Charakterisierung der Stichprobe wurden folgende soziodemographische Daten erhoben: Geschlecht, Alter, höchster Bildungsabschluss, Beziehungsstatus und chronische Erkrankungen. Die Angaben zum Beziehungsstatus und der Diagnose einer chronischen Erkrankung waren von Interesse, da sich diese auf die Bildung *stressreduzierender* Gewohnheiten auswirken könnten. Beispielsweise könnten nur leicht ausgeprägte stressreduzierende Gewohnheiten mit einer Liebesbeziehung (z. B. feste Beziehung oder Heirat) zusammenhängen, da diese in den meisten Fällen stressreduzierend wirkt (Carter, 1998). Daneben könnte die Diagnose einer chronischen

Erkrankung mit stark ausgeprägten stressreduzierenden Gewohnheiten korrelieren, da Stress ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung und Entwicklung chronischer Erkrankungen ist und im Falle einer solchen Diagnose minimiert werden sollte (Leidy, 1989). Alle entsprechenden Items waren als Einfachauswahlaufgaben gestaltet (siehe Anhang A, *Fragen 2 & 4-7*).

3.4.2 Fragen zur Social-Media-Nutzung und Wahrnehmung von Social-Media-Vorbildern

Da die Nutzung von SM eine Grundvoraussetzung für die Teilnahme an dieser Studie war, wurde diese eingänglich geprüft (Einfachauswahl; siehe Anhang A, *Frage 3*). Im späteren Verlauf des Fragebogens wurden Fragen zur Aktivität und Art der Nutzung von SM gestellt. Dafür wurde erfragt, welche bildbasierten SM-Plattformen die Teilnehmenden nutzen und wieviel Zeit sie täglich dort verbringen (Skala; siehe Anhang A, *Frage 8*).

Bezüglich dem eigentlichen Erkenntnisinteresse dieser Forschungsarbeit wurden außerdem Fragen zu den SM-Abonnements bzw. SM-Vorbildern der Probanden gestellt. Hierbei wurde erfragt, ob die Probanden SM-Bloggern folgen, die regelmäßig Inhalte zum Thema *Meditation und Achtsamkeit* präsentieren und, ob sie diese SM-Blogger explizit wegen dieser Inhalte verfolgen (Einfachauswahl; siehe Anhang A, *Frage 9*). Für die spätere inferenzstatistische Auswertung (Moderator-Analyse zu H1) wurden nur Datensätze von Probanden berücksichtigt, welche angaben, solch einem SM-Blogger zu folgen.

Zuletzt wurden die Probanden mit den drei verschiedenen Arten von sozialen Vergleichen konfrontiert. Dabei sollten sie sich vorstellen, einem ihnen überlegenden, unterlegenden und ähnlichen SM-Vorbild in Bezug auf MAA zu folgen und dann zu bewerten, ob sie diese SM-Vorbilder als motivierend oder belastend empfinden (Einfachauswahl und Texteingabe; siehe Anhang A, *Fragen 10-15*). Für die statistische Auswertung (Korrelation zu H2) wurden belastend/nicht-aktivierend-Antworten mit niedrigen Werten codiert und motivierend/aktivierend-Antworten mit hohen Werten – somit konnte bei diesen Fragen jeweils ein Wert zwischen 0 und 5 bestimmt werden. Vermutet wurde, dass hohe Werte hierbei mit hohen Werten bei den Skalen zur individuellen SW korrelieren. Die Antwortmöglichkeit *Sonstiges* wurde bei der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt. Sofern hierbei eine Texteingabe vorlag, wurde diese (neben den Begründungen) für die qualitative Auswertung herangezogen – diese Texteingaben sind in Anhang A wiederzufinden.

3.4.3 Skalen zur individuellen Selbstwirksamkeit

Die individuelle SW der Probanden wurde einerseits als generelle SW mithilfe der *General Self-Efficacy Scale* (Schwarzer & Jerusalem, 1999) und andererseits als

domänenspezifische SW für MAA basierend auf der *Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit* (Schyns & von Collani, 2014) erhoben.

Die eindimensionale Skala zur generellen SW beinhaltet zehn gleichsinnig gepolte Items, welche vierstufig beantwortet werden (siehe Anhang A, *Frage 19*). Dabei bringt jedes Item eine internal-stabile Attribution der Erfolgserwartung zum Ausdruck. Durch das Aufsummieren aller zehn Antworten ergibt sich ein individueller Score zwischen 10 und 40 Punkten, wobei niedrige Scores mit schwacher, und hohe Scores mit starker SW assoziiert werden (Schwarzer & Jerusalem, 1999). „Die Mittelwerte liegen für die meisten Stichproben bei ca. 29 Punkten, die Standardabweichung bei ungefähr 4 Punkten“ (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Es haben bereits zahlreiche Studien gute psychometrische Kennwerte für die Skala hervorgebracht. „Beim Vergleich von 23 Nationen streuten die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) zwischen .76 und .90, in allen deutschen Stichproben zwischen .80 und .90. (...) Kriterienbezogene Validität ist gegeben durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen. (...) Es gibt enge positive Zusammenhänge zum dispositionalen Optimismus (...) und enge negative Zusammenhänge zu Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout, Stresseinschätzungen (...)“ (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Die interne Konsistenz betrug in dieser Studie .85 nach Cronbachs Alpha.

Bei der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit handelt es sich ebenfalls um eine eindimensionale Skala, jedoch mit 19 Items, welche positiv und negativ gepolt sind und sechsstufig beantwortet werden. „Diese Skala erfasst die Überzeugung einer Person, ein bestimmtes Verhalten im beruflichen Kontext ausführen zu können. Sie testet die Einschätzung von Fähigkeiten allgemein auf den Beruf und nicht eine spezielle Tätigkeit“ (Schyns & von Collani, 2014). Zudem weist sie mit einer internen Konsistenz von .92 nach Cronbachs Alpha eine hohe Reliabilität auf. Die Konstruktvalidität wurde anhand korrelativer Beziehungen zu anderen Skalen ermittelt. Diese liegt bei der Skala zur generellen SW beispielsweise bei $r = .77$ und ist signifikant (Schyns & von Collani, 2014). Die interne Konsistenz betrug in dieser Studie .93 nach Cronbachs Alpha.

Zum Zweck dieser Forschungsarbeit wurden die Items dieser Skala so adaptiert, dass sie auf die Einstufung der individuellen SW bezogen auf MAA abzielen. Dafür wurde der Wortlaut der Items so verändert, dass diese auf MAA anstatt auf den Beruf hindeuten, ohne ihre Bedeutung zu konvertieren (siehe Anhang A, *Frage 18*). Nachdem die negativ gepolten Items bzw. ihre Antworten umcodiert wurden, ließ sich hierbei genau wie bei der generellen SW durch das Aufsummieren aller 19 Antworten ein individueller Score zwischen 19 und 95 Punkten ermitteln. Somit hängen auch hier niedrige Scores mit einer schwachen SW zusammen und hohe Scores mit einer starken SW.

3.4.4 Skala zur individuellen Gewohnheitsmäßigkeit stressreduzierender Aktivitäten

Zuletzt wurde bei Probanden, die angaben MAA zu praktizieren, die Gewohnheitsmäßigkeit dessen mithilfe des *Self Report Habit Index* (SRHI; Verplanken & Orbell 2003) gemessen. Der SRHI ist ein metakognitives Instrument und misst die Gewohnheitsstärke, indem es sie auf eine Reihe von Merkmalen herunterbricht, welche ihre vollständige Darstellung gewährleisten und durch den Probanden relativ leicht zu reflektieren sind (Verplanken & Orbell 2003). So basiert der Index auf einer Analyse von einer Entwicklung von Wiederholung, Automatismus (Mangel an Kontrolle, Mangel an Bewusstsein und Effizienz) und dem Ausdruck der eigenen Identität (Verplanken & Orbell 2003; siehe Anhang A, *Frage 17*).

Diese Gewohnheitsmerkmale werden beim SRHI mithilfe von 12 gleichsinnig gepolten Items erfasst und bilden (wie bei den bereits vorgestellten Skalen) die Gewohnheitsmäßigkeit eines Verhaltens durch das Aufsummieren der Antworten ab. Mit seiner fünfstufigen Skala lässt sich ein Score von 12 bis 60 Punkten erreichen, wobei höhere Werte gleichzeitig eine höhere Gewohnheitsmäßigkeit der gewählten Verhaltensweise abbilden. Einige Studien bestätigen eine hohe interne Reliabilität und Validität dieser Skala. Die interne Konsistenz konnte auch in dieser Studie mit einem Wert von .90 nach Cronbachs Alpha bewiesen werden.

3.5 Durchführung

Der Online-Fragebogen wurde mittels *SoSci Survey* (Leiner, 2019) realisiert und den Probanden auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellt. Der Ablauf des Fragebogens sah wie folgt aus: Zuerst wurden die Probanden begrüßt und über den Kontext und den Ablauf der Studie aufgeklärt. Darauf folgte die Einverständniserklärung, die für die Teilnahme zwingend notwendig war. Anschließend folgten zwei Filterfragen, einerseits zur Ermittlung des Alters und dem Vorhandensein einer SM-Nutzung andererseits. Für diese Studie mussten die Probanden ein Erwachsenenalter von 18 bis 29² Jahren haben und zusätzlich mindestens eine SM-Plattform nutzen, ansonsten wurden Sie automatisch aus der Studie ausgeschlossen. Darauf folgte die Abfrage der soziodemographischen Daten.

Im weiteren Verlauf der Befragung wurde die SM-Nutzung und die Wahrnehmung von SM-Vorbildern untersucht. Dabei bezog sich die erste Frage darauf, welche bildbasierten SM-Plattformen die Probanden nutzen und wieviel Zeit sie täglich dort verbringen. Danach

² Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit beschränken sich ausschließlich auf Erwachsene. Deshalb wurden Probanden unter einem Alter von 18 Jahren ausgeschlossen, obwohl der größte Anteil der SM-Nutzer in Deutschland sich in einem Alter von 14 bis 29 Jahren befindet.

wurde erfragt, ob die Probanden Menschen auf SM folgen, die Inhalte zum Thema MAA präsentieren. Dabei konnten die Probanden ebenfalls angeben, ob sie diesen Menschen explizit wegen der MAA-Inhalte folgen oder nicht. Schließlich erfolgte die Abfrage der Wahrnehmung verschiedener SM-Vorbilder mithilfe der drei Typen von sozialen Vergleichen. Hierfür wurden den Probanden drei fiktive SM-Vorbilder vorgestellt, die jeweils einen Typen der sozialen Vergleiche repräsentierten. Dabei sollten die Probanden angeben, ob sie die Konfrontation mit dem jeweiligen SM-Vorbild als motivierend, oder als belastend empfinden. Im Anschluss daran bestand die Möglichkeit, die jeweilige Antwort näher zu begründen.

Daraufhin wurden sowohl die individuelle Gewohnheitsmäßigkeit, als auch die generelle SW und spezielle SW für MAA abgefragt. Nachdem die Probanden angaben, ob sie in ihrem Alltag MAA integrieren, folgte die Skala des SRHI zur Ermittlung der Gewohnheitsmäßigkeit dessen. Danach folgte die Skala zur speziellen SW für MAA, sowie die Skala zur generellen SW.

Am Ende des Fragebogens wurden die Probanden gefragt, ob sie die Fragen wahrheitsgemäß und konzentriert beantwortet haben bzw. ob ihre Daten in anonymer Form für wissenschaftliche Zwecke verwendbar sind. Es wurde dabei darauf hingewiesen, dass eine ehrliche Antwort gewünscht ist und diese keinerlei Konsequenzen für sie haben würde. Die Berücksichtigung forschungsethischer Aspekte erfolgte über die informierte Einwilligung der Probanden und die Möglichkeit, alle Fragen (bis auf die Filterfragen zum Alter und zur SM-Nutzung) zu überspringen.

3.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Open-Source-Statistikprogramms *JASP* (JASP Team, 2022). Alle Ergebnisse dieser Studie wurden in Form von deskriptiven Statistiken festgehalten. Die dabei ausgewählten statistischen Kennwerte waren N (Stichprobengröße), n (Teilstichprobe), % (Anteil in Prozent), M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), $Min.$ (Minimum) und $Max.$ (Maximum). Nominal und ordinal skalierte Variablen wurden mithilfe von N und % berichtet. Bei metrisch skalierten Variablen wurden stattdessen N bzw. n , M , SD , $Min.$ und $Max.$ bestimmt.

Für die Testung der ersten Hypothese wurde eine einfache lineare Regressionsanalyse mit SM-Vorbildern und der spezifischen SW als Prädiktoren von Gewohnheitsmäßigkeit durchgeführt, um den moderierenden Effekt der individuellen SW zu prüfen. Hierbei wurde einseitig getestet und das Signifikanzniveau auf $p \leq .05$ festgelegt.

Vor der Testung von H1 wurden die dazugehörigen Daten entsprechend den zentralen theoretischen Voraussetzungen auf Linearität, Ausreißer, Autokorrelation, Multikollinearität,

Homoskedastizität und Normalverteilung getestet. Die Linearitätsvoraussetzung wurde mittels eines partiellen Regressionsdiagramms geprüft – es wurden keinerlei systematisch gebogene Zusammenhänge abgebildet. Mittels fallbezogener Diagnostik wurde sichergestellt, dass keine Ausreißer vorliegen. Auch eine mögliche Autokorrelation der Residuen konnte mithilfe des Durbin-Watson-Tests ausgeschlossen werden – der Wert lag hierbei bei 2.02. Mit dem Varianz-Inflations-Faktor wurde auf Multikollinearität getestet, welche durch unauffällige Werte (<10) ausgeschlossen werden konnte. Die Homoskedastizität konnte mittels eines Streudiagramms (vorhergesagte Werte vs. Residuen), welches eine unsystematische Streuung abbildete, bestätigt werden. Zuletzt konnte auch die Normalverteilung der Residuen mithilfe eines Histogramms bestätigt werden – es lag keine Größenabweichung von der Normalverteilung vor. Dieser Befund konnte zusätzlich durch ein Quantil-Quantil-Diagramm abgesichert werden.

Nach der Voraussetzungsprüfung wurde die Moderator-Analyse durchgeführt. Der Moderator (spezifische SW) war in diesem Fall kontinuierlich, weshalb dieser, als auch die unabhängige Variable (SM-Vorbilder) als erstes zentriert wurden. Diese Zentrierung wurde durchgeführt, indem die jeweiligen Mittelwerte beider Variablen über alle Fälle abgezogen wurden. Nach der Zentrierung wurde zur Sicherheit eine deskriptive Analyse durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Mittelwerte für die zentrierten Variablen äquivalent zu Null sind und somit eine korrekte Zentrierung bestätigen – dies war gegeben. Die eigentliche Moderator-Analyse wurde hierarchisch durchgeführt. Der erste Schritt bildete dabei eine bloße multiple Regression mit zwei Prädiktoren ab, weshalb in einem zweiten Schritt der Interaktionsterm (das Produkt aus der unabhängigen Variable und dem Moderator) hinzugefügt wurde. Somit konnten die Signifikanzniveaus (p) für die Regression mit der unabhängigen Variable, dem Moderator und ihrem Produkt ermittelt werden. Zuletzt wurde die Effektstärke der Moderation (ΔR^2) berechnet. Durch die hierarchische Vorgehensweise konnte hierbei zwischen der Varianz der abhängigen Variable im ersten Regressionsschritt und der eigentlichen Moderation differenziert werden.

Die Testung der zweiten Hypothese erfolgte über eine Korrelation nach Spearman. Diese sollte Aufschluss darüber geben, ob die individuelle SW einen Einfluss darauf hat, ob SM-Vorbilder als motivierend oder belastend wahrgenommen werden. Genauer wurde hierbei ein linearer Zusammenhang bzw. ein lineares Wachstum von spezifischer SW und motivierender Wahrnehmung von SM-Vorbildern antizipiert. Auch hierbei wurden die theoretischen Voraussetzungen geprüft – die Skalenniveaus waren ordinal (für die Wahrnehmung von SM-Vorbildern) und metrisch (für die spezifische SW) und es lagen paarweise Beobachtungen vor. Außerdem wurde mittels grafischer Darstellung mit Boxplots auf Ausreißer getestet. Hierbei wurde lediglich ein Ausreißer bei der SSW und zwei bei der Wahrnehmung des zweiten SM-Vorbilds ermittelt.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik

4.1.1 Stichprobe

Der Großteil der Stichprobe war weiblich (84.3%) und gab das Fachabitur (69.4%), gefolgt vom Abitur (14.1%), als ihren höchsten Bildungsabschluss an. Das durchschnittliche Alter lag bei 21 Jahren. Dazu befanden sich die meisten Probanden in einer Beziehung. Einige waren single oder ledig. Außerdem gab etwa ein Viertel der Probanden an, schon einmal eine Diagnose einer chronischen Erkrankung erhalten zu haben. Die genauen Verteilungen von Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss und dem Vorhandensein einer aktuellen oder vergangenen diagnostizierten chronischen Erkrankung sind in Tabelle 1 strukturiert dargestellt.

Tabelle 1. Soziodemographische Daten zur Charakterisierung der Stichprobe ($N = 121$)

Variable	Deskriptive Statistik	
Alter	<i>M</i>	<i>SD</i>
18-21	3.06	1.10
22-25	5.91	0.95
26-29	10.14	1.20
gesamt	5.30	2.80
Geschlecht	<i>N</i>	%
weiblich	102	84.3
männlich	18	14.9
divers	1	0.8
Bildungsabschluss	<i>N</i>	%
Schule beendet ohne Abschluss	0	0
noch Schüler	0	0
Volks-, Hauptschulabschluss, Quali	3	2.5
mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss	5	4.1
abgeschlossene Lehre	8	6.6
Fachabitur, Fachhochschulreife	84	69.4
Abitur, Hochschulreife	17	14.1
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	4	3.3

Tabelle 1. Soziodemographische Daten zur Charakterisierung der Stichprobe ($N = 121$) (Fortsetzung)

Variable	Deskriptive Statistik	
Beziehungsstatus	N	%
ledig	12	9.9
single	35	28.9
in einer Beziehung	72	59.5
verheiratet	2	1.7
geschieden	0	0
verwitwet	0	0
chronische Erkrankung	N	%
ja	31	25.6
nein	87	71.9
keine Angabe	3	2.5

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Anzahl der Probanden. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

4.1.2 Social-Media-Nutzung und Wahrnehmung von Social-Media-Vorbildern

Insgesamt spiegelte sich die Relevanz von SM für junge Erwachsene in den Ergebnissen dieser Studie wider. Diese werden in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2. Tägliche Social-Media-Nutzung der Probanden

tägliche Nutzung [Stunden]	Instagram		TikTok		YouTube		Pinterest		Snapchat		Facebook	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
0h	2	1.7	58	48.0	29	24.0	74	61.2	28	23.1	83	69.0
≤1h	46	38.0	28	23.1	60	50.0	46	38.0	78	64.5	36	29.8
≤2h	49	40.5	21	17.4	16	13.2	0	0	11	9.1	1	0.8
≤3h	17	14.1	9	7.4	9	7.4	1	0.8	2	1.7	1	0.8
≤4h	4	3.3	5	4.1	5	4.1	0	0	1	0.8	0	0
>4h	3	2.8	0	0	2	1.7	0	0	1	0.8	0	0

Anmerkungen. N = Anzahl der Probanden. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

Im Einklang mit anderen Statistiken zur SM-Nutzung war die SM-Plattform *Instagram* die beliebteste unter den Probanden. Bis auf zwei Ausnahmen wird sie von allen Probanden genutzt. Dort verbringt ein Großteil von ihnen bis zu zwei Stunden täglich. Gefolgt wurde Instagram von *Snapchat* und *YouTube*. Hierbei betrug die tägliche Nutzungsdauer der

meisten Probanden bis zu einer Stunde. Instagram, Snapchat und YouTube waren zudem die einzigen SM-Plattformen, die teils über vier Stunden täglich genutzt wurden bzw. die größte Varianz der täglichen Nutzungsdauer aufwiesen.

Bezüglich der Wahrnehmung von SM-Vorbildern gab es auffällige Ergebnisse. Hierbei bewerteten die Probanden die jeweiligen Konfrontationen mit den drei Typen des sozialen Vergleichs insgesamt eher als *nicht aktivierend*. Der Aufwärts-Vergleich wurde von den meisten Probanden erwartungsgemäß als belastend empfunden. Jedoch gab es ebenfalls einen geringen Anteil (6.5%), welcher diese Konfrontation als motivierend und aktivierend bewertete. Außerdem gab ein signifikanter Anteil (33.9%) an, diese Konfrontation zwar auch als motivierend zu sehen, jedoch scheinbare Probleme bei der Umwandlung dieser Motivation in Volition zu haben. Beim Abwärts-Vergleich ergab sich ein kongruentes Bild, wobei dieser der belastendste unter den drei Vergleichstypen zu sein scheint. Die positivsten Ergebnisse lieferte die Konfrontation im horizontalen Vergleich. Zwar gab ebenfalls ein großer Anteil (63.6%) an, diesen als motivierend/belastend und nicht aktivierend zu empfinden, jedoch bewertete ein beträchtlicher Anteil (30.6%), welcher sich deutlich von den vorherigen Vergleichstypen abhebt, diese Konfrontation als motivierend und aktivierend. Die genauen Werte sind in Tabelle 3 abgebildet. Außerdem stellten einige Probanden Begründungen zu ihren Antworten zu Verfügung, welche im Anhang B wiederzufinden sind. Zuletzt sollte beachtet werden, dass lediglich 63 Probanden angaben, tatsächlich einem SM-Blogger zu folgen, welcher Inhalte zum Thema *Meditation und Achtsamkeit* präsentiert (siehe Tabelle 4, siehe S. 40).

Tabelle 3. Wahrnehmung verschiedener Social-Media-Vorbilder im sozialen Vergleich

Wahrnehmung	Vergleichs-Typ					
	Aufwärts-Vergleich		Abwärts-Vergleich		Horizontal-Vergleich	
	N	%	N	%	N	%
motivierend und aktivierend	8	6.6	9	7.4	37	30.6
motivierend, aber nicht aktivierend	41	33.9	11	9.1	28	23.1
weder motivierend noch belastend	4	3.3	4	3.3	4	3.3
belastend und aktivierend	13	10.7	9	7.4	1	0.8
belastend, aber nicht aktivierend	52	43.0	79	65.3	49	40.5
Sonstiges	3	2.5	9	7.4	2	1.7

Anmerkungen. N = Anzahl der Probanden. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

Tabelle 4. Abonnement von Social-Media-Vorbildern mit Inhalten zu MAA

Abonnement^a	N	%
vorhanden, bewusst aufgrund dieser Inhalte	30	24.8
vorhanden, aber nicht direkt wegen diesen Inhalten	33	27.3
nicht vorhanden	58	48.0

Anmerkungen. N = Anzahl der Probanden. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

^a Abonnement von Social-Media-Bloggern, die Inhalte zum Thema ‚Meditation/Achtsamkeit‘ präsentieren.

4.1.3 Individuelle Selbstwirksamkeit

Im Durchschnitt erzielten die Probanden bei der generellen SW 29.6 Punkte und bei der spezifischen SW für MAA 60.9 Punkte. Beide liegen somit in der oberen Hälfte der möglichen Test-Scores und weisen auf eine relativ starke Ausprägung der jeweiligen SW hin. Diese und weitere statistische Werte sind Tabelle 5 zu entnehmen. Da in der Forschung die spezifische SW bevorzugt wird und in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden SW-Scores vorliegen, wird die spezifische SW für die spätere Moderator-Analyse herangezogen.

Tabelle 5. Individuelle generelle und spezifische Selbstwirksamkeit für Meditation und Achtsamkeit der Probanden

Selbstwirksamkeits-Score	n	M	SD	Min.	Max.
generelle SW	120	29.6	4.4	15	22
spezifische SW	96	60.9	14.4	40	88

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

4.1.4 Individuelle Gewohnheitsmäßigkeit stressreduzierender Aktivitäten

Etwa die Hälfte der Probanden (48.0%) gab an, MAA in ihren Alltag zu integrieren. Die Gewohnheitsmäßigkeit dieser Aktivitäten lag mit durchschnittlich 28.3 Punkten leicht unter dem Mittelmaß. Jedoch deutet die Standardabweichung darauf hin, dass es unter den Probanden hierbei eine deutliche Varianz gibt, welche durch die Minimum- und Maximum-Werte verdeutlicht wird. Die genauen Werte sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6. Individuelle Gewohnheitsmäßigkeit von Meditations- und Achtsamkeitsaktivitäten

Gewohnheitsmäßigkeit von MAA	n	M	SD	Min.	Max.
SRHI-Score	77	28.3	10.6	12	55

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

4.2 Ergebnisse zu Hypothese 1

In Tabelle 7 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen der jeweiligen unabhängigen, moderierenden und abhängigen Variablen in der vorliegenden Teilstichprobe dargestellt.

Tabelle 7. Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen der Variablen für das Regressionsmodell ($n = 74$)

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2
Gewohnheitsmäßigkeit	28.6	11.0	0.043	< .001
1. Social-Media-Vorbild	0.6	1.0	—	—
2. spezifische Selbstwirksamkeit	61.4	14.0	0.341	—

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, SD = Standardabweichung. Variablen: abhängige Variable = Gewohnheitsmäßigkeit, unabhängige Variable = Social-Media-Vorbild, Moderator-Variable = spezifische Selbstwirksamkeit. $p \leq .05$. M und SD sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

Die Moderator-Analyse des Effekts von spezifischer SW für MAA auf den Zusammenhang zwischen SM-Vorbildern und der Gewohnheitsmäßigkeit von MAA erbrachte keine signifikanten Ergebnisse, $F(1, 70) = 0.565$, $p = .455$, $R^2 = .238$. Im ersten Schritt der Regressionsanalyse erklären die unabhängige Variable (SM-Vorbilder) und der Moderator (spezifische SW) allein 23.3% der Varianz der abhängigen Variablen (Gewohnheitsmäßigkeit). Im zweiten Regressionsschritt werden weiterhin durch die Hinzunahme der Interaktion zwischen der unabhängigen Variable und dem Moderator lediglich 0.6% der entsprechenden Varianz aufgeklärt. Dementsprechend ist der Moderator-Effekt ($p = .455$), als auch der Effekt von SM-Vorbildern auf die Gewohnheitsmäßigkeit von MAA ($p = .690$) nicht signifikant. Insgesamt lässt sich bloß ein einziger signifikanter Effekt ermitteln, und zwar bei der direkten Beziehung zwischen spezifischer SW und Gewohnheitsmäßigkeit ($p < .001$). Die genauen Ergebnisse der Moderator-Analyse sind der Tabelle 8 (siehe S. 42) zu entnehmen.

Tabelle 8. Hierarchische Regressionsanalyse zur Vorhersage der Gewohnheitsmäßigkeit von Meditation und Achtsamkeit ($n = 74$)

Schritte	Prädiktoren	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	ΔR^2
Schritt 1	Social-Media-Vorbild	3.457	2.267	0.160	1.525	.132	.232
	spezifische Selbstwirksamkeit	0.341	0.082	0.435	4.152	< .001	
Schritt 2	Social-Media-Vorbild	- 4.148	10.270	- 0.192	- 0.400	.690	.006
	spezifische Selbstwirksamkeit	0.284	0.113	0.362	2.521	.014	
	SM-Vorbild * spezifische SW	0.124	0.165	0.376	0.752	.455	

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, b = Regressionsgewicht, $SE b$ = Standardfehler des Regressionsgewichts, β = standardisiertes Regressionsgewicht, ΔR^2 = inkrementell aufgeklärte Varianz. $p \leq .05$.

4.3 Ergebnisse zu Hypothese 2

In Tabelle 9 sind Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum und Maximum der jeweiligen Variablen in der vorliegenden Teilstichprobe dargestellt.

Tabelle 9. Mittelwerte und Standardabweichungen der untersuchten Variablen ($n = 87$)

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
spezifische Selbstwirksamkeit	60.8	14.0	22.0	86.0
SM-Vorbild mit Aufwärts-Vergleich	2.6	2.0	—	—
SM-Vorbild mit Abwärts-Vergleich	1.8	1.4	—	—
SM-Vorbild mit Horizontal-Vergleich	3.0	1.8	—	—

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, $Min.$ = Minimum, $Max.$ = Maximum. Dezimalangaben sind auf eine Nachkommastelle aufgerundet.

Die inferenzstatistische Analyse des Zusammenhangs zwischen der spezifischen SW und der Wahrnehmung von SM-Vorbildern mittels einer Korrelation nach Spearman ergab keine signifikanten Ergebnisse. Die spezifische SW korrelierte weder mit dem SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich ($p = .11$) noch mit dem SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich ($p = .66$) und auch nicht mit dem SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich ($p = .58$). Die genauen Ergebnisse zu den Korrelationen sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10. Interkorrelationen der Variablen nach Spearmans Rho ($n = 87$)

Variable	1	2	3	4
1. spezifische Selbstwirksamkeit	—			
2. SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	0.17	—		
3. SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	- 0.05	0.07	—	
4. SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich	- 0.06	0.22*	0.02	—

Anmerkungen. n = Teilstichprobe. * $p < .05$.

4.4 Qualitative Auswertung der Probanden-Rückmeldungen

In Ergänzung zu der statistischen Auswertung zu H2 (siehe Kapitel 4.3) wurde eine qualitative Analyse der vorliegenden Probanden-Rückmeldungen vorgenommen, welche sich auf die Wahrnehmung der drei fiktiven SM-Vorbilder beziehen (siehe Anhang A; *Frage 11, 13 & 15*). Hierbei haben einige Probanden die Möglichkeit genutzt, ihre Antworten bezüglich ihrer Wahrnehmung der SM-Vorbilder zu begründen.

Die negative Wahrnehmung des SM-Vorbildes im Aufwärts-Vergleich wurde oft damit begründet, dass eine große Differenz zwischen seinem Lebensstil und dem der Probanden herrscht, was zu Skepsis führe und einen Vergleich unmöglich mache. Die Ausführungen der Probanden bezüglich des SM-Vorbildes im Abwärts-Vergleich konvergieren paradoxerweise darin, dass sie es als authentisch und nahbar bewerten. Am positivsten wurde das SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich bewertet. Die Probanden beschrieben dieses als Inspiration und Identifikationsperson. Alle Begründungen wurden in Anhang B festgehalten und entsprechen dem Wortlaut der Probanden.

5 Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Ziel dieser Forschungsarbeit war es, den Effekt der individuellen SW auf den Einfluss von SM-Vorbildern auf eine Gesundheitsverhaltensänderung zu untersuchen. Hierzu wurden zwei Hypothesen aus der bestehenden Fachliteratur abgeleitet, welche mithilfe einer Moderator- und Korrelations-Analyse geprüft wurden. Die erste Hypothese beinhaltete die Annahme, dass die individuelle SW einen moderierenden Effekt bei dem Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhaltensänderungen hat – es wurde erwartet, dass Personen mit einer hohen SW dabei positiv durch SM-Vorbilder beeinflusst werden und Personen mit einer niedrigen SW negativ (Regression). Ergänzend dazu wurde eine zweite Hypothese aufgestellt, mit der Annahme, dass Personen mit einer hohen SW das Verfolgen von SM-Vorbildern bei einer Gesundheitsverhaltensänderung als motivierend empfinden und diejenigen mit einer niedrigen SW eher als belastend (Korrelation).

Die erwarteten Effekte der individuellen SW ließen sich in dieser Studie jedoch nicht bestätigen – keine der beiden Hypothesentestungen ergab signifikante Ergebnisse, die diese stützen könnten. Zwar fand sich bei der ersten Hypothesentestung ein signifikanter Effekt bei der direkten Beziehung zwischen spezifischer SW und Gewohnheitsmäßigkeit ($p < .001$), was darauf hindeutet, dass Probanden mit einer höheren spezifischen SW auch eine höhere Gewohnheitsmäßigkeit von MAA aufweisen. Hierbei sollte jedoch die Kausalrichtung kritisch betrachtet werden, da dieser positive Zusammenhang in beide Richtungen anzunehmen ist. Folglich müssen H1 und H2 verworfen werden. Entgegen den

Erwartungen kann die übergeordnete Fragestellung im Rahmen dieser Forschungsarbeit nur insofern beantwortet werden, dass die individuelle SW *keinen* Effekt auf den Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten hat.

Dennoch liefern die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit Hinweise darauf, dass die Fragestellung unter anderen Umständen möglicherweise Potenzial hätte, erwartungskonform beantwortet zu werden bzw. ihre unterliegenden Hypothesen bestätigt werden könnten. Vor allem die Ergebnisse der Fragen zur Wahrnehmung von SM-Vorbildern erwecken den Anschein, dass das Studiendesign eine weitaus höhere Komplexität aufweisen müsste, um die eigentlichen Wirkmechanismen zwischen SM-Vorbildern, SW und Gesundheitsverhalten hinreichend genau widerspiegeln zu können.

Wie in Kapitel 2.2.2.3 beschrieben wurde, ist das psychologische Konstrukt der Gewohnheit vorwiegend durch seine Wiederholung in einem bestimmten *Kontext* abhängig. Bei der näheren Betrachtung der Begründungen der Probanden zu den Fragen zu ihrer Wahrnehmung der drei beispielhaften SM-Vorbilder (siehe Anhang B) fällt auf, dass jedoch ausgerechnet der Kontext bzw. die beschriebene Lebenssituation der fiktiven SM-Vorbilder als Grund für eine nicht aktivierende Antwortauswahl angegeben wurde. Dies geschah überwiegend bei dem SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich. Es wurde vermehrt angegeben, dass zwischen seinem Lebensalltag, in dem seine gewohnheitsmäßigen MAA integriert sind, und dem der Probanden eine große Diskrepanz herrscht, welche einen Vergleich miteinander unmöglich machen soll. Wenn sich der Kontext des SM-Vorbilds zu sehr von dem der Audienz unterscheidet, wird sich scheinbar nicht mit dem SM-Vorbild verglichen und es kann folglich kein Modelllernen stattfinden. So scheint ein vergleichbarer Kontext eine unmittelbare Bedingung dafür zu sein, dass ein sozialer Vergleich überhaupt stattfinden kann und einen Einfluss auf die Wahrnehmung dessen durch die Probanden hat.

In Ergänzung dazu beurteilen einige Probanden das SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich als *nicht authentisch*. Viele Begründungen decken sich inhaltlich dabei, dass die Probanden skeptisch gegenüber dem dargestellten Lebensstil sind, da dieser ‚zu perfekt‘ und ‚zu erfolgreich‘ wirke (siehe Anhang B). Bedauerlicherweise ist dies ein häufiges Phänomen bei SM-Nutzern, da viele Influencer ein unrealistisches Idealbild von sich selbst und ihrem Leben auf SM verbreiten. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass viele SM-Nutzer einen Schutzmechanismus ausgebildet haben: Sie begegnen potentiellen SM-Vorbildern, v. a. im Aufwärts-Vergleich, mit Skepsis und Ablehnung, um negative Gefühle wie Selbstzweifel oder Scham zu vermeiden. Personen mit solch einer negativen Einstellung gegenüber SM-Vorbildern sind daher nur schwer zugänglich für eine mögliche bereichernde Wirkung durch sie. In diesem Fall wäre ein positiver Einfluss von stellvertretenden Erfahrungen durch SM-Vorbilder auf die individuelle SW unmöglich. Neben dem Kontext scheint also auch die

persönliche *Einstellung* gegenüber SM-Vorbildern ein bedeutender Faktor zu sein, der den Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten moderieren könnte. Diese Annahme wird auch von einigen Begründungen zu der Wahrnehmung der SM-Vorbilder im Abwärts- und Horizontal-Vergleich gestützt, bei denen, im Einklang mit Festingers Theorie der sozialen Vergleiche, die Einstellungen meist positiver ausgefallen sind und mit motivierend/aktivierend-Antworten verknüpft waren.

Alternativ dazu, dass bloß die spezifische SW für das untersuchte Gesundheitsverhalten eine Moderator-Funktion einnimmt, lässt sich auch vermuten, dass zusätzlich die *Medienkompetenz* bzw. die spezifische SW für die SM-Nutzung eine bedeutende Rolle bei dem Zusammenhang zwischen SM-Vorbild und Gesundheitsverhalten spielen könnte. Es wäre deshalb besonders interessant herauszufinden, ob die negativen Wertungen der SM-Vorbilder tatsächlich auf einen Schutzmechanismus der Probanden aufgrund einer niedrigen spezifischen SW für SM-Nutzung (Medienkompetenz) zurückzuführen sind. Es wäre in diesem Fall möglich, dass es den entsprechenden Probanden schwerfällt, die tatsächliche Glaubwürdigkeit von SM-Vorbildern einzuschätzen und sie diese lieber strikt ablehnen, sobald sie ihnen in einem bestimmten Merkmal überlegen sind. Hierbei fand sich in einer sekundären Literaturrecherche eine aktuelle Studie von Khan et al. (2021), in welcher der Einfluss der spezifischen SW für die SM-Nutzung auf Gesundheitsverhalten untersucht wurde. Die Ergebnisse konnten bestätigen, dass diese spezifische SW ein signifikanter Prädiktor für SM-Nutzung allgemein, als auch für die Kontinuitätsabsicht dessen ist (Khan et al., 2021). Zudem berichten sie, dass die spezifische SW für SM-Nutzung eine signifikante Komponente für die Übernahme eines dort präsentierten Gesundheitsverhaltens ist. Dies sei darauf zurückzuführen, dass sich Personen mit einer hohen spezifischen SW für SM-Nutzung eher von SM-Vorbildern beeinflussen lassen (Khan et al., 2021). Diese Annahme ist im Kontext von Gesundheitsverhalten bedauerlicherweise kaum erforscht (Khan et al., 2021), jedoch passt sie zu der hier erläuterten Vermutung, dass die Medienkompetenz ebenfalls einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen SM-Vorbildern und Gesundheitsverhalten hat.

Insgesamt fiel die Wahrnehmung der SM-Vorbilder durch die Probanden ziemlich unabhängig von der individuellen SW aus. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Banduras sozial-kognitiven Modell (1977), in welchem er postuliert, dass Vorbilder (stellvertretende Erfahrungen) stets einen starken positiven Einfluss auf die individuelle SW ausüben (sofern der Kontext beider Parteien vergleichbar ist). Dies deutet darauf hin, dass es bei diesem Zusammenhang, trotz der hier verworfenen Hypothesen, eine oder mehrere zusätzliche Variablen geben muss, die eine Moderator-Funktion besitzen. Einen weiteren Ansatzpunkt bietet hier Festingers Ansicht, dass neben dem vergleichbaren Kontext auch der Grad der Identifikation mit dem Vorbild eine Rolle spielt. Demnach sind Vorbilder für

ihre Verfolger besonders motivierend, wenn die Idealselbst-Realselbst-Diskrepanz minimiert wird und eine positive Einstellung dem Vorbild gegenüber ermöglicht.

Zuletzt wäre es denkbar, dass der positive Einfluss von SM-Vorbildern speziell für Gewohnheitsbildung durch die Natur von SM behindert werden könnte: Da SM-Vorbilder oft mehrmals täglich Inhalte zu ihrem Lebensstil veröffentlichen und ihre Audienz somit konstant an bestimmte Verhaltensweisen, wie MAA, erinnern, könnte eine Hemmung von Gesundheitsverhaltensänderungen hervorgerufen werden. Zwar wird dies in keiner der Begründungen aufgeführt, es wäre jedoch auch eine plausible Erklärung für die ungewichteten Antworten – zumindest im Kontext von Gewohnheiten.

Eine weitere Alternativerklärung dafür, dass H2 nicht bestätigt werden konnte, könnte darin liegen, dass etwa die Hälfte der Probanden überhaupt keinen SM-Vorbildern folgt, die Inhalte zu MAA verbreiten und selbst auch keine MAA in ihren Alltag integrieren. Daraus würde sich ableiten lassen, dass die meisten Probanden dieser Studie desinteressiert gegenüber MAA waren und eine motivierend-aktivierende Wahrnehmung entsprechender SM-Vorbilder eher unwahrscheinlich war, da sie selbst nicht die Intention hatten, sich MAA anzueignen. Da die Antworten dieser Probanden teils dennoch in die Korrelations-Analyse eingeflossen sind, könnten die entsprechenden Ergebnisse verzerrt worden sein.

5.2 Limitationen und Implikationen

Diese Forschungsarbeit ist die erste Studie, die sich mit dem Effekt von SW auf den Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten beschäftigt und bietet somit neue Anhaltspunkte für zukünftige Forschung hinsichtlich dieser Thematik. Eine Stärke dieser Studie lag zuallererst darin, dass die Rekrutierung hauptsächlich über SM stattfand. So wurde die Studie über die SM-Plattformen *WhatsApp*, *Facebook* und *Instagram* beworben. Dabei wurde sie v. a. auf Instagram mehrmals geteilt, u. a. auf einem Account zum Thema *Meditation und Achtsamkeit* mit über 65.000 Abonnenten. Durch das Online-Format der Umfrage konnte der *Interviewereffekt* (Haunberger, 2006) vermieden werden, wodurch die Ehrlichkeit bei der Beantwortung des Fragebogens gefördert wurde. Zusätzlich handelte es sich bei den Skalen zu der individuellen generellen und speziellen SW, als auch der individuellen Gewohnheitsmäßigkeit von MAA um häufig eingesetzte und valide Messinstrumente. Hierbei liegt eine weitere Stärke darin, dass neben der generellen SW auch die spezifische SW erhoben wurde, welche bei domänenspezifischen Studien wie dieser aussagekräftiger ist und in der Forschung generell bevorzugt wird. Das liegt daran, dass die individuelle SW in verschiedenen Bereichen stark variieren kann, weshalb die generelle SW allein nicht aussagekräftig für die Untersuchung einzelner Verhaltensweisen ist (siehe z. B. Stojanovic et al., 2021).

Neben diesen Stärken sind jedoch auch einige Schwachpunkte dieser Forschungsarbeit zu erkennen, die in der zukünftigen Forschung auf diesem Gebiet beachtet werden sollten. Wie in anderen Studien dieser Art wäre es wünschenswert, eine größere Stichprobe zu untersuchen. Zwar lag die Stichprobengröße in dieser Studie deutlich über der errechneten Mindestgröße von 50 Probanden, jedoch mussten aufgrund der Spezifität der Forschungsfrage bzw. der (operationalisierten) Hypothesen viele Probanden ausgeschlossen werden. Wahrscheinlich ist die hohe Spezifität der ausgewählten Thematik auch ein weiterer Grund dafür, dass trotz der intensiven Rekrutierung über SM verhältnismäßig wenig Probanden mit passenden Merkmalen (Abonnement von SM-Vorbild mit Inhalten zu MAA, Vorhandensein von MAA) an der Studie teilgenommen haben. Zudem gab es eine hohe Abbruchquote, wobei die Ursache nicht ermittelbar ist, und viele Probanden, die fast alle Fragen übersprungen haben. Hierbei wäre es jedoch denkbar, dass die Verlosung, an der man freiwillig teilnehmen konnte, dies gefördert hat. Daneben ist diese Studie durch den hohen Anteil weiblicher Probanden (84.3%) nicht repräsentativ für beide Geschlechter. Außerdem wurden auch Antworten von Probanden, die keine MAA in ihrem Alltag ausüben, in der Korrelations-Analyse verrechnet, was die Ergebnisse verzerrt haben könnte (siehe Kapitel 5.1). In zukünftigen Fragebogen-Studien dieser Art sollten Datensätze solcher Probanden aus allen statistischen Auswertungen ausgeschlossen werden.

Weiterhin könnten bei der Beantwortung der Fragen Missverständnisse entstanden sein. Beispielsweise wurde der Begriff Meditations-/Achtsamkeits-Praxis (trotz einiger Pretests) erst im späteren Verlauf des Fragebogens definiert, obwohl dieser bereits vorher aufgegriffen wurde (siehe Anhang A; *Frage 10, 12, 14 und 18*). Bei zukünftigen Online-Umfragen könnten unklare Begriffe wie diese gleich zu Anfang, z. B. nach der Einleitung, aufgelistet werden (ähnlich einem Abkürzungsverzeichnis in Forschungsarbeiten), um Unklarheiten zu vermeiden. Dazu sind Teile des Fragebogens (ausschließlich den Skalen zur generellen und spezifischen SW und Gewohnheitsmäßigkeit) nicht validiert und sollten in zukünftigen Studien geprüft und angepasst werden.

Wie bereits beschrieben deuten die Ergebnisse dieser Studie zusätzlich darauf hin, dass neben der spezifischen SW für MAA noch andere Variablen, v. a. die spezifische SW für SM-Nutzung, untersucht werden sollten. Zudem erfolgte die Erhebung dieser Studie ausschließlich in Form des Selbstberichts, wodurch trotz des Online-Formats und trotz der Zusicherung von Anonymität die Gefahr besteht, dass Antworten gewählt worden sind, die als sozial erwünscht eingeschätzt wurden. Dies könnte besonders die Skalen zur individuellen SW betreffen, bei denen die Probanden in dieser Studie gute Test-Scores erreicht haben.

Zuletzt besteht bei der ausgewählten Literatur möglicherweise eine *publication bias* (siehe z. B. van Aert, Wicherts & van Assen, 2019). Hierbei sollte weiterhin beachtet werden, dass es zu der Thematik dieser Forschungsarbeit noch keine umfassende Literatur gibt. Zwar konnten einige Artikel in Form von Reviews oder randomisiert-kontrollierten Studien analysiert werden, jedoch besteht hier ein hoher Bedarf an weiterführender Forschung.

Da die übergeordnete Fragestellung dieser Forschungsarbeit nicht erwartungsgemäß beantwortet werden konnte, die Theorie und die Ergebnisse dieser Studie jedoch darauf hindeuten, dass dies unter anderen Umständen möglich wäre, sollte sie für zukünftige Forschungsbestrebungen auf diesem Gebiet offenbleiben. Zudem stellt sich die Frage, wovon der Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten *noch* abhängig sein könnte, da sich die spezifische SW für das untersuchte Gesundheitsverhalten nicht als Moderator herausgestellt hat. Hierbei sollte v. a. die spezifische SW für SM bzw. die Einstellungen von SM-Nutzern gegenüber SM-Vorbildern näher analysiert werden.

Neben einem möglichen moderierenden Effekt der spezifischen SW für die SM-Nutzung fanden sich in der sekundären Literaturrecherche weitere Studien, welche andere Determinanten festlegen, die den Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhalten moderieren könnten. Durau, Diehl und Terlutter (2022) berichten in ihrem Artikel über den Einfluss von SM-Vorbildern auf die Intentionenbildung ihrer Audienz, körperlich aktiv zu werden, über dessen Determinanten. Die wahrgenommene Vertrauenswürdigkeit, Kompetenz und Attraktivität eines SM-Vorbildes sollen sich auf die Einstellung ihrer Audienz ihnen gegenüber auswirken, was indirekt auch ihren Einfluss fördern oder hemmen könne. Zusätzlich soll dieser Einfluss auch von der wahrgenommenen Motivationskraft des SM-Vorbildes abhängig sein (Durau et al., 2022). Eine weitere Studie von Kim und Read (2021) weist ebenfalls darauf hin, dass die individuelle Einstellung gegenüber eines SM-Vorbildes dessen Einfluss auf seine Audienz moderiert. Persuasive Botschaften resultierten dort eher in Gesundheitsverhalten oder einer positiven Einstellung demgegenüber, wenn das SM-Vorbild als sympathisch und kompetent evaluiert wurde (Kim & Read, 2021). Diese Befunde stützen die o. g. Implikation, in zukünftigen Studien besonders darauf zu achten, dass die Probanden den vorgeführten SM-Vorbildern gegenüber positiv eingestellt sind.

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit und die Befunde aus ähnlichen Studien deuten darauf hin, dass die hier übergeordnete Fragestellung mithilfe eines komplexeren Studiendesigns erwartungskonform beantwortet werden könnte. Beispielsweise könnte die vorliegende Studie überarbeitet und in Form einer experimentellen Längsschnittstudie neu aufgestellt werden: Es könnte z. B. an einer Hochschule ein Kurs zum Thema *Meditation und Achtsamkeit* angeboten werden. Einerseits ist Stress ein Problem, welches alle Studenten mehr oder weniger bewältigen müssen und andererseits gewinnen Meditation und Achtsamkeit in unserer Gesellschaft an Popularität. Deshalb wäre die Nachfrage nach

solch einem Kurs wahrscheinlich ohnehin hoch. Auch das Alter der meisten Studierenden würde mit einer bestimmten Relevanz von SM für sie zusammenhängen.

Zu diesem Kurs könnte beispielsweise semesterbegleitend die Studie laufen, an der man freiwillig teilnehmen kann. Diese könnte so aussehen, dass die Probanden am Anfang des Kurses bzw. der Studie selbstständig ein SM-Vorbild auswählen, welches sie in der Bildung von stressreduzierenden Gewohnheiten in Form von MAA unterstützen könnte bzw. welches sie als motivierend und aktivierend wahrnehmen. Es könnte hierbei ergänzend erfragt werden, welche Eigenschaften des SM-Vorbildes dazu beitragen, dass es als motivierend wahrgenommen wird und, warum andere möglicherweise belastend für die Probanden gewesen wären. Der Einfluss der spezifischen SW für MAA und SM-Nutzung, die Gewohnheitsmäßigkeit von MAA und die Wahrnehmung des gewählten SM-Vorbildes sollten regelmäßig erfragt oder erhoben werden, z. B. in Form von Gesprächen, oder Logbüchern/Fragebögen, die durch den/die Kursleiter erstellt wurden. Zudem könnte die Möglichkeit bestehen, am Anfang und am Ende des Kurses den Fragebogen zur Gewohnheitsmäßigkeit von MAA (mittels SRHI) von dem gesamten Kurs bearbeiten zu lassen, um eventuelle Gruppenunterschiede zwischen Studienteilnehmern und normalen Kursteilnehmern ermitteln zu können (sofern ein Einverständnis der Kursteilnehmer für die Nutzung der beiden Fragebögen für die Studie vorhanden ist). Solch eine Studie wäre um Einiges komplexer und genauer als die Fragebogen-Studie der vorliegenden Forschungsarbeit und könnte von einer geeigneteren Stichprobe profitieren.

Eine Alternative dazu wäre, eine experimentelle Längsschnittstudie über die SM-Plattform *Instagram* zu starten. Instagram ist die beliebteste SM-Plattform bei jungen Erwachsenen und bietet eine große Auswahl aus verschiedensten Rollenmodellen zu allen möglichen Themenbereichen. Neben der Möglichkeit, als Studienleitung selbst einen passenden Instagram-Account mit Inhalten zu MAA zu erstellen, wäre es auch denkbar, ein oder mehrere beliebte SM-Vorbilder mit Inhalten zu MAA für die Mitwirkung bei dieser Studie anzuwerben. Wie im letzten Beispiel sollte es primär darum gehen, die freiwillig teilnehmenden Probanden über einen Zeitraum von einigen Wochen bis Monaten bei der Bildung gesundheitsförderlicher Gewohnheiten (wie Stressreduktion durch MAA) zu begleiten und regelmäßig Daten über die SW (spezifische SW für MAA und SM-Nutzung), die Gewohnheitsmäßigkeit des ausgewählten Gesundheitsverhaltens (z. B. MAA) und die Wahrnehmung von bzw. *Einstellung* gegenüber des SM-Vorbildes mit Begründungen dazu zu erheben.

Als Start-Zeitpunkt für die Studie würde sich z. B. ein Jahresende anbieten, da sich um diese Zeit viele Menschen Ziele für das neue Jahr setzen, welche oft auch ein neues Gesundheitsverhalten beinhalten. Dann könnte eine erste Umfrage gestartet werden, um SW, Gewohnheitsmäßigkeit und die Einstellung gegenüber des SM-Vorbildes vor der

Intervention zu erheben. Ab Neujahr könnte das SM-Vorbild sowohl regelmäßig Content zum ausgewählten Gesundheitsverhalten produzieren (z. B. Bilder, Videos, Livestreams, Blogbeiträge) und so Motivations- bzw. Überzeugungsarbeit leisten, als auch über die Funktionsweise von Gewohnheiten aufklären und Handlungsanweisungen geben, um seine Audienz bei der eigentlichen Gewohnheitsbildung zu unterstützen. Während der Studie könnte den Probanden ein Logbuch zur Verfügung gestellt werden, welches zur Aktionsplanung, Dokumentation und Selbstreflexion genutzt werden kann. Außerdem sollte jederzeit ein Austausch bzw. eine Beratung durch das SM-Vorbild und/oder die Studienleitung ermöglicht werden. Am Ende der Studie sollte eine zweite Umfrage erfolgen, in welcher erneut SW, Gewohnheitsmäßigkeit und Einstellung erhoben werden. Zusätzlich sollten die Probanden reflektieren, ob und warum sie das SM-Vorbild bei ihrer Aneignung des Gesundheitsverhaltens motiviert bzw. unterstützt hat. Somit sollten die Ergebnisse dieser Studie Auskunft darüber geben, ob die Intervention mit dem SM-Vorbild die Bildung von gesundheitsförderlichen Gewohnheiten unterstützt hat und v. a., wovon dieser Einfluss möglicherweise moderiert wurde.

5.3 Schlussfazit

Aktuell herrscht eine große Wissenslücke in der gesundheitspsychologischen Forschung, was die Moderatoren von dem Einfluss von SM-Vorbildern auf das Gesundheitsverhalten betrifft. Dahinführende Forschung ist von großer Wichtigkeit, da die gesellschaftliche Relevanz von SM stetig wächst und Erkenntnisse über die Bedingungen für einen *positiven* Einfluss von SM auf Gesundheitsverhalten dazu beitragen könnten, die individuelle und gesellschaftliche Gesundheit zu verbessern und die Gesundheitsförderung allgemein effizienter zu gestalten.

Aus dieser Forschungsarbeit kann insgesamt geschlossen werden, dass der Einfluss von SM-Vorbildern auf Gesundheitsverhaltensänderungen komplexe Wirkmechanismen beinhaltet, die aktuell noch nicht nachvollzogen werden können. Diese *erste* Studie zu der Fragestellung, ob die individuelle SW als wichtiger Einflussfaktor von Gesundheitsverhalten als Moderator zwischen SM-Vorbildern und Gesundheitsverhaltensänderungen wirkt, legt wichtige Grundlagen, auf denen sich ergänzende Studien aufbauen lassen. Insbesondere hat sie durch ihre unklaren Ergebnisse gezeigt, dass die untersuchten Zusammenhänge weitaus komplexer zu sein scheinen, als anfangs angenommen wurde.

Dass ein Zusammenhang zwischen SM-Vorbildern und Gesundheitsverhaltensänderungen vorhanden ist, hat sich im Einklang mit anderen Studien erwiesen – nun gilt es jedoch, zu erforschen, welche Einflüsse diesen Zusammenhang positiv (und negativ) beeinflussen, um einen Nutzen für den Einzelnen und für alle SM-Nutzer ziehen zu können. Mit diesem Wissen könnten SM-Vorbilder einerseits ihren Content verbessern, um positiver

wahrgenommen zu werden und ihren Einfluss auf ihre Audienz zu verstärken. Dies wäre auch für SM-Accounts von anerkannten Gesundheitsinstitutionen denkbar. Viel wichtiger wäre andererseits, dass SM-Nutzer mit diesem Wissen SM bewusst auch für die Bildung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen nutzen könnten, was die Gesundheit auf individueller Ebene fördern und das Gesundheitssystem kollektiv entlasten würde.

Literaturverzeichnis

- Adam, E. K., Quinn, M. E., Tavernier, R., McQuillan, M. T., Dahlke, K. A. & Gilbert, K. E. (2017). Diurnal cortisol slopes and mental and physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 83, 25-41. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.018>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Al-Dmour, H., Masa'deh, R., Salman, A., Abuhashesh, M. & Al-Dmour, R. (2020). Influence of social media platforms on public health protection against the covid-19 pandemic via the mediating effects of public health awareness and behavioral changes: Integrated model. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), <https://doi.org/10.2196/19996>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beauchaine T. P. & Thayer, J. F. (2015). Heart rate variability as a transdiagnostic biomarker of psychopathology. *International Journal of Psychophysiology*, 98(2), 338-350. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.08.004>
- Benight, C. C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Beveridge, C. & Keiser, A. (2022). 150+ Social-Media-Statistiken für Marketer, die 2022 wichtig sind. Verfügbar unter <https://blog.hootsuite.com/de/social-media-statistiken-fuer-marketer/>
- Brinkmann, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. (1. Aufl.). München: Pearson Education Deutschland GmbH.
- Cannon, W. B. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology-Legacy Content*, 33(2), 356-372. <https://doi.org/10.1152/ajplegacy.1914.33.2.356>
- Carden, L. & Wood, W. (2018). Habit formation and change. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 20, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.009>
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 779-818. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(98\)00055-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00055-9)

- Chung, A., Vieira, D., Donley, T., Tan, N., Jean-Louis, G., Kiely Gouley, K. & Seixas A. (2021). Adolescent peer influence on eating behaviors via social media: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6). <https://doi.org/10.2196/19697>
- Cohen, S., Miller, G. E. & Rabin, B. S. (2001). Psychological stress and antibody response to immunization: A critical review of the human literature. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 7-18. <https://doi.org/10.1097/00006842-200101000-00002>
- Conner, M., McEachan, R., Lawton, R., & Gardner, P. (2016). Basis of intentions as a moderator of the intention–health behavior relationship. *Health Psychology*, 35(3), 219–227. <https://doi.org/10.1037/hea0000261>
- Danner, U. N., Aarts, H. & de Vries, N. K. (2007). Habit formation and multiple means to goal attainment: Repeated retrieval of target means causes inhibited access to competitors. *Sage Journals*, 33, 1367-1379. <https://doi.org/10.1177%2F0146167207303948>
- Danner, U. N., Aarts, H. & de Vries, N. K. (2008). Habit vs. intention in the prediction of future behaviour: The role of frequency, context stability and mental accessibility of past behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 47(2), 245-265. <https://doi.org/10.1348/014466607X230876>
- De Andrés-García, S., Moya-Albiol, L. & González-Bono, E. (2012). Salivary cortisol and immunoglobulin A: Responses to stress as predictors of health complaints reported by caregivers of offspring with autistic spectrum disorder. *Hormones and Behavior*, 62(4), 464-474. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2012.08.003>
- Dhabhar, F. S. (2014). Effects of stress on immune function: The good, the bad, and the beautiful. *Immunol Res*, 58, 193–210. <https://doi.org/10.1007/s12026-014-8517-0>
- Di Maio, S., Keller, J., Hohl, D. H., Schwarzer, R. & Knoll, N. (2021). Habits and self-efficacy moderate the effects of intentions and planning on physical activity. *British Journal of Health Psychology*, 26(1), 55-66. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12452>
- Díaz-Silveira, C., Alcover, C. M., Burgos, F., Marcos, A. & Santed, M. A. (2020). Mindfulness versus physical exercise: effects of two recovery strategies on mental health, stress and immunoglobulin a during lunch breaks. A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), <https://doi.org/10.3390/ijerph17082839>
- Döring, N. (2013). Wie Medienpersonen Emotionen und Selbstkonzept der Mediennutzer beeinflussen: Empathie, sozialer Vergleich, parasoziale Beziehung und Identifikation. In W. Schweiger & A. Fahr (Hrsg.), *Handbuch Medienwirkungsforschung* (S. 295-310). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Döring, N. (2018). Du bist mein großes Vorbild! Rollenmodelle in Sozialen Medien. *Computer + Unterricht*, 112,18-20.
- Durau, J., Diehl, S. & Terlutter, R. (2022). Motivate me to exercise with you: The effects of social media fitness influencers on users' intentions to engage in physical activity and the role of user gender. *Digital Health*, 8. <https://doi.org/10.1177/20552076221102769>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. <https://doi.org/10.1177%2F001872675400700202>
- Galla, B. M. & Duckworth, A. L. (2015). More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(3), 508–525. <https://doi.org/10.1037/pspp0000026>
- Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, 9(3), 277-295. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238>
- Gardner, B., de Bruijn, G. J. & Lally, P. (2011). A systematic review and meta-analysis of applications of the Self-Report Habit Index to nutrition and physical activity behaviours. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(2), 174–187. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9282-0>
- Gillebaart, M. & Adriaanse, M. A. (2014). Self-control predicts exercise behavior by force of habit, a conceptual replication of Adriaanse et al. *Frontiers in Psychology*, 8(190). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00190>
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C. & Chatzisarantis, N. L. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 495-525. <https://doi.org/10.1037/a0019486>
- Hamer, M., Endrighi, R., Venuraju, S. M., Lahiri, A. & Steptoe, A. (2012). Cortisol responses to mental stress and the progression of coronary artery calcification in healthy men and women. *PLOS ONE*, 7(2), e31356. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031356>
- Haunberger, S. (2006). Das standardisierte Interview als soziale Interaktion: Interviewereffekte in der Umfrageforschung. *ZA-Information / Zentralarchiv für*

- Empirische Sozialforschung*, 58, 23-46. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-198456>
- JASP Team. (2022). *JASP (Version 0.16.3)*. Verfügbar unter <https://jasp-stats.org/>
- Khan, I., Saleh, A., Quazi, A. & Johns, R. (2021). Health consumer's social media adoption behaviors in Australia. *Health Informatics Journal*, 27(2). <https://doi.org/10.1177/14604582211009917>
- Kim, T. & Read, G. L. (2021). Free smiles are worth a lot for social media influencers: The mediating roles of warmth, competence, and admiration. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(2). <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0323>
- Kliemann, N., Vickerstaff, V., Croker, H., Johnson, F., Nazareth, I. & Beeken, R. J. (2017). The role of self-regulatory skills and automaticity on the effectiveness of a brief weight loss habit-based intervention: Secondary analysis of the 10 top tips randomised trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(119), <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0578-8>
- Lally, P., Wardle, J. & Gardner, B. (2011). Experiences of habit formation: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 16(4), 484–489. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.555774>
- Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H W. W. & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40, 998–1000. <https://doi.org/10.1002/ejsp.674>
- Leidy, N. K. (1989). A physiological analysis of stress and chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 14(10), 868-876. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01473.x>
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey (Version 3.1.06)*. Verfügbar unter <https://www.socisurvey.de>
- Lewanczik, N. (2021). *Studie: 66 Millionen Social Media User in Deutschland – mit durchschnittlich je 6 Accounts*. Verfügbar unter <https://onlinemarketing.de/cases/66-millionen-social-media-user-in-deutschland>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Review Neuroscience*, 10(6), 434-445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Mazar, A. & Wood, W. (2018). *The psychology of habit: Defining habit in psychology*. (1. Aufl.). Cham: Springer.

- McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Sage Journals*, 1. <https://doi.org/10.1177/2470547017692328>
- McEwen, B. S. & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *JAMA International Medicine*, 153(18), 2093–2101. [10.1001/archinte.1993.00410180039004](https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004)
- Neal, D. T., Wood, W. & Drolet, A. (2013). How do people adhere to goals when willpower is low? The profits (and pitfalls) of strong habits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(6), 959–975. <https://doi.org/10.1037/a0032626>
- O'Connor, D., Thayer, J. F. & Vedhara, K. (2021). Stress and health: A review of psychological processes. *Annual Review of Psychology*, 72, 663-688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- Obbarius, N., Fischer, F., Liegl, G., Obbarius, A. & Rose, M. (2021). A modified version of the transactional stress concept according to Lazarus and Folkman was confirmed in a psychosomatic inpatient sample. *Frontiers in Psychology*, 12(584333). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.584333>
- Orbell, S. & Verplanken, B. (2010). The automatic component of habit in health behavior: Habit as cue-contingent automaticity. *Health Psychology*, 29(4), 374-383. <https://doi.org/10.1037/a0019596>
- Orbell, S. & Verplanken, B. (2015). The strength of habit. *Health Psychology Review*, 9(3), 311-317. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.992031>
- Petkovic, J., Duench, S., Trawin, J., Dewidar, O., Pardo Pardo, J., Simeon, R., DesMeules, M., Gagnon, D., Hatcher Roberts, J., Hossain, A., Pottie, K., Rader, T., Tugwell, P., Yoganathan, M., Pesseau, J. & Welch, V. (2021). Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD012932). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012932.pub2>
- Rabe, L. (2021). *Anteil der Nutzer von Social-Media-Plattformen nach Alter in Deutschland 2021*. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/543605/umfrage/verteilung-der-nutzer-von-social-media-plattformen-nach-altersgruppen-in-deutschland/>
- Raggatt, M., Wright, C. J. C., Carrotte, E., Jenkinson, R., Mulgrew, K., Prichard, I. & Lim, M. S. C. (2018). "I aspire to look and feel healthy like the posts convey": Engagement with fitness inspiration on social media and perceptions of its influence on health

- and wellbeing. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5930-7>
- Renner, B. & Schwarzer, R. (2000). Gesundheit: Selbstschädigendes Handeln trotz Wissen. In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.). *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln: empirische und theoretische Lösungsansätze*. (S. 25-50). Göttingen: Hogrefe.
- Rhodes, R. E. (2021). Multi-process action control in physical activity: A primer. *Frontiers in Psychology*, 12(797484). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797484>
- Sapolsky, R. M., Romero, L. M. & Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews*, 21(1), 55–89. <https://doi.org/10.1210/edrv.21.1.0389>
- Scholz, V. U. & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie: Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE): Beschreibung der psychometrischen Skala*. Verfügbar unter <http://www.selbstwirksam.de>
- Schyns, B., & von Collani, G. (1999). *Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung*. Verfügbar unter <https://doi.org/10.6102/zis16>
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667). <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M., Miles, E. & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188. <https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L. & Gollwitzer, P. M. (2005). Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models: Implementation intentions and health behavior. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. (S. 276-323). Berkshire: Open University Press.
- Shields, G. S., Moons, W. G. & Slavich, G. M. (2017) inflammation, self-regulation, and health: An immunologic model of self-regulatory failure. *Perspectives on Psychological Science*, 12(4), 588–612. <https://doi.org/10.1177/1745691616689091>

- Smith, K. S., Ann, M. & Graybiel, A. M. (2016). Habit formation. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(1), 33-43. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.1/ksmith>
- Stawarz, K., Cox, A. L. & Blandford, A. (2015). Beyond self-tracking and reminders: Designing smartphone apps that support habit formation. In Association for Computing Machinery (ACM) (Ed.), *Conference on Human Factors in Computing Systems – Proceedings* (S. 2653–2662). Seoul: CHI 2015
- Stojanovic, M., Fries, S. & Grund, A. (2021). Self-efficacy in habit building: How general and habit-specific self-efficacy influence behavioral automatization and motivational interference. *Frontiers in Psychology*, 12(643753). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643753>
- Stress. (2022). Zugriff am 24.08.2022. Verfügbar unter <https://de.wiktionary.org/wiki/Stress>
- Thayer, J. F., Yamamoto, S. S. & Brosschot, J. F. (2010). The relationship of automatic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *International Journal of Cardiology*, 141(2). <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.09.543>
- van Aert, R. C. M., Wicherts, J. M. & van Assen, M. A. L. M. (2019). Publication bias examined in meta-analyses from psychology and medicine: A meta-meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215052>
- van der Zwan, J. E., de Vente, W. Huizink, A. C., Bögels, S. M. & de Bruin, E. I. (2015). Physical activity, mindfulness meditation, or heart rate variability biofeedback for stress reduction: A randomized controlled trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 40, 257–268. <https://doi.org/10.1007/s10484-015-9293-x>
- Verplanken, B. & Melkevik, O. (2008). Predicting habit: The case of physical exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(1), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.01.002>
- Verplanken, B. & Orbell, S. (2003). Reflections on past behavior: A self-report index of habit strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(6), 1313-1330. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01951.x>
- von Westphalen, G. G., Güler, I., Antwerpes, F. & Söffker, M. (2022). *Cortisol*. Zugriff am 24.08.2022. Verfügbar unter <https://flexikon.doccheck.com/de/Cortisol>
- Walker, I., Thomas, G. O. & Verplanken, B. (2014). Old habits die hard: Travel habit formation and decay during an office relocation. *Environment and Behavior*, 47(10), 1089-1106. <https://doi.org/10.1177%2F0013916514549619>

Julia Sandach

Werdecker, L. & Esch, T. (2018). Stress und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 347-359). Witten: Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Wood, W., Quinn, J. M. & Kashy, D. A. (2002). Habits in everyday life: Thought, emotion, and action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1281-1297. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.83.6.1281>

Julia Sandach

Anhang

Anhang A: Online-Fragebogen

Anhang B: Begründungen der Probanden zu *Frage 10, 12 und 14*

Anhang A: Online-Fragebogen

Druckansicht BA-Studie (BA_Stressbewaeltigung) 27.07.2022, 14:40

27.07.22, 14:40



BA_Stressbewaeltigung → BA-Studie

27.07.2022, 14:40

Seite 01

HW

Begrüßung

Herzlich Willkommen bei der Studie "Stressbewältigung und Social Media"!

Mein Name ist Julia Sandach und im Rahmen meiner Bachelorarbeit an der FH Münster im Fach Gesundheitswissenschaften untersuche ich den Einfluss von Social-Media-Vorbildern auf unser Gesundheitsverhalten. Näher soll es dabei um die Bewältigung von Alltagsstress gehen, da dieser zu den bedeutsamsten Gesundheitsrisiken in unserer Gesellschaft zählt. Dafür möchte ich wissen, ob Social-Media-Vorbilder die Bildung von stressreduzierenden Gewohnheiten, wie z. B. Meditation und Achtsamkeit, bei ihren Verfolgern unterstützen können.

Die Studie richtet sich speziell an Social-Media-Nutzer/-innen im Alter von 18-29 Jahren.

Die Teilnahme dauert ca. 10 Minuten. Sie werden in der Zeit einen Online-Fragebogen mit Fragen zu Ihrer Social-Media-Nutzung, Alltagsbewältigung und (falls vorhanden) Meditations-/Achtsamkeits-Praxis ausfüllen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenzen abgebrochen werden. Die Anonymität Ihrer Angaben ist selbstverständlich sichergestellt. Um die Fragen möglichst zuverlässig beantworten zu können, würde ich Sie darum bitten, den Online-Fragebogen in einem ruhigen Umfeld und ohne Zeitdruck auszufüllen. Die Möglichkeit dazu haben Sie bis einschließlich 12.06.2022.

Anmerkung: Sofern Sie die Umfrage auf dem Smartphone ausfüllen, sollten Sie dieses quer halten (zumindest bei längeren Fragen), damit die optimale Lesbarkeit und ein einfaches Antworten gewährleistet sind.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Interesse!

Seite 02

Con

1. Die Richtlinien guter ethischer Forschung sehen vor, dass sich die Teilnehmer/-innen an empirischen Studien explizit und nachvollziehbar mit der Teilnahme einverstanden erklären.

- Ja, ich bin einverstanden mit der Teilnahme an dieser Studie.
- Nein, ich bin nicht einverstanden mit der Teilnahme an dieser Studie.

2. Wie alt sind Sie?

Ich bin...

- noch nicht 18 Jahre alt.
- 18 Jahre alt.
- 19 Jahre alt.
- 20 Jahre alt.
- 21 Jahre alt.
- 22 Jahre alt.
- 23 Jahre alt.
- 24 Jahre alt.
- 25 Jahre alt.
- 26 Jahre alt.
- 27 Jahre alt.
- 28 Jahre alt.
- 29 Jahre alt.
- 30 Jahre alt oder älter.

3. Nutzen Sie Social Media?

- Ja, ich nutze mindestens eine Social-Media-Plattform
- Nein, ich nutze kein Social Media.

4. Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich
- männlich
- divers

5. Welchen schulischen Bildungsabschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie den höchsten Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben.

- Schule beendet ohne Abschluss
- Noch Schüler
- Volks-, Hauptschulabschluss, Quali
- Mittlere Reife, Realschul- oder gleichwertiger Abschluss
- Abgeschlossene Lehre
- Fachabitur, Fachhochschulreife
- Abitur, Hochschulreife
- Fachhochschul-/Hochschulabschluss
- Anderer Abschluss, und zwar:

6. Wie ist Ihr aktueller Beziehungsstatus?

- ledig (noch nie verpartnert/verheiratet gewesen)
- single
- in einer Beziehung
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- Sonstiges:

7. Wurde bei Ihnen jemals eine chronische Erkrankung diagnostiziert? (psychisch und/oder körperlich)

Als „chronisch“ gilt jede Erkrankung, die länger als vier Wochen anhält.

- ja
- nein
- keine Angabe

8. Welche bildbasierten Social-Media-Plattformen nutzen Sie und wieviel Zeit verbringen Sie dort täglich?

	nie	bis zu einer Stunde	bis zu zwei Stunden	bis zu drei Stunden	bis zu vier Stunden	mehr als 4 Stunden
Instagram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TikTok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YouTube	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pinterest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snapchat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facebook	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Folgen Sie Menschen auf Social Media, die Inhalte zum Thema ‚Meditation/Achtsamkeit‘ präsentieren?

Dazu gehören z. B. Videos, in denen Social-Media-Vorbilder selbst meditieren, Bilder auf denen Meditation erkennbar ist, Live-Streams bei denen man eine Meditations-Anleitung bekommt

- Ja, ich folge bewusst solchen Menschen aufgrund dieser Inhalte.
- Ja, aber ich folge ihnen nicht direkt wegen diesen Inhalten.
- Nein, ich folge keinen Menschen, die diese Inhalte präsentieren.

10. Stellen Sie sich bitte Folgendes vor: Sie folgen einem digitalen Nomaden auf Social Media, welcher für Sie ein Vorbild ist. Er arbeitet freiberuflich von Bali aus, kann sich seine Zeit frei einteilen und meditiert jeden Tag. Er scheint absolut stressfrei zu sein. Was löst diese Konfrontation in Ihnen aus?

Bitte wählen Sie die für Sie am besten zutreffende Option aus.

- Es motiviert mich sehr, meine eigene Meditations-/Achtsamkeits-Praxis beizubehalten oder zu verbessern.
- Es motiviert mich, aber es ist nicht wahrscheinlich, dass meine eigene Meditations-/Achtsamkeits-Praxis davon positiv beeinflusst wird.
- Es ist für mich weder motivierend, noch belastend.
- Es setzt mich unter Druck, sodass ich meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis verbessere.
- Es belastet mich, aber es ist nicht wahrscheinlich, dass ich meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis verbessere.

Sonstiges:

11. Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre letzte Antwort kurz begründen.

12. Stellen Sie sich bitte Folgendes vor: Sie folgen einem Social-Media-Vorbild, welches sich in seinen/ihren Beiträgen stets über den stressigen Lebensalltag beschwert. Er/Sie berichtet darüber, Schwierigkeiten dabei zu haben, angeleiteten Meditationen zu folgen und einfache Achtsamkeits-Übungen (wie z. B. Tagebuch schreiben) zu praktizieren. Was löst diese Konfrontation in Ihnen aus?

Bitte wählen Sie die für Sie am besten zutreffende Option aus.

- Es motiviert mich sehr, meine eigene Meditations-/Achtsamkeits-Praxis beizubehalten oder zu verbessern.
- Es motiviert mich, aber es ist nicht wahrscheinlich, dass meine eigene Meditations-/Achtsamkeits-Praxis davon positiv beeinflusst wird.
- Es ist für mich weder motivierend, noch belastend.
- Es setzt mich unter Druck, sodass ich meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis verbessere.
- Es belastet mich, aber es ist nicht wahrscheinlich, dass ich meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis verbessere.
- Sonstiges:

13. Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre letzte Antwort kurz begründen.

14. Stellen Sie sich bitte Folgendes vor: Sie folgen einem Social-Media-Vorbild, welches genauso oft wie Sie selbst Meditations- oder Achtsamkeit-Aktivitäten in seinem/ihrer Alltag integriert hat und diese auf seinem/ihrer Social-Media-Account präsentiert. Was löst diese Konfrontation in Ihnen aus?

Bitte wählen Sie die für Sie am besten zutreffende Option aus.

- Es motiviert mich sehr, meine eigene Meditations-/Achtsamkeits-Praxis beizubehalten oder zu verbessern.
- Es motiviert mich, aber es ist nicht wahrscheinlich, dass meine eigene Meditations-/Achtsamkeits-Praxis davon positiv beeinflusst wird.
- Es ist für mich weder motivierend, noch belastend.
- Es setzt mich unter Druck, sodass ich meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis verbessere.
- Es belastet mich, aber es ist nicht wahrscheinlich, dass ich meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis verbessere.

Sonstiges:

15. Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre letzte Antwort kurz begründen.

Seite 06

VMA

16. Betreiben Sie in Ihrem Alltag Meditation und/oder Achtsamkeit? (z.B. geführte Meditation, Atemübungen, Ausfüllen von Dankbarkeitstagebüchern, Tagebuch-Schreiben, Yoga...)

- Ja
- Nein

17. Bitte wählen Sie die für Sie zutreffenden Aussagen aus. Sollten Sie keine Meditations-/Achtsamkeits-Aktivitäten betreiben, können Sie diese Frage überspringen.

Meine Meditations-/Achtsamkeits-Aktivität ist etwas...

	stimme gar nicht zu			stimme voll und ganz zu	
	1	2	3	4	5
das ich häufig tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das ich automatisch tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das ich tue, ohne mich bewusst erinnern zu müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei dem ich mich komisch fühle, wenn ich es nicht tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	stimme gar nicht zu			stimme voll und ganz zu	
	1	2	3	4	5
das ich tue, ohne darüber nachzudenken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das mich Anstrengung kosten würde, es nicht zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das zu meiner (täglichen, monatlichen, wöchentlichen) Routine gehört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit dem ich anfangе, ohne zu bemerken, dass ich es tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	stimme gar nicht zu			stimme voll und ganz zu	
	1	2	3	4	5
das mir schwerfallen würde, es nicht zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
worüber ich nicht nachdenken muss, um es zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das typisch für mich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das ich schon seit langer Zeit mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen in Bezug auf Ihr Meditations-/Achtsamkeits-Verhalten.

Anmerkung: Mit ‚Meditations-/Achtsamkeits-Praxis‘ ist jegliche Art von Meditation/Achtsamkeit gemeint, die Sie in Ihrem Alltag wiederfinden (dazu gehören beispielsweise Spazieren, Atemübungen, geführte Meditation...). Sollten Sie in Ihrem Alltag mehrere verschiedene solcher Aktivitäten betreiben, beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen auf diejenige Aktivität, die Ihnen am wichtigsten ist / die Sie am liebsten mögen. Sollten Sie keine solcher Tätigkeiten betreiben, können Sie diese Frage überspringen.

	stimme überhaupt nicht zu			stimme völlig zu	
	1	2	3	4	5
Wenn ich Pläne bezüglich meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis mache, dann kann ich diese auch umsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich mir selbst Ziele bezüglich meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis setze, erreiche ich diese nur selten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis unerwartete Probleme auftauchen, kann ich diese schlecht bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche es zu vermeiden, für meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis neue Dinge zu lernen, die mir schwierig erscheinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn etwas bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis nicht direkt funktioniert, probiere ich es nur noch stärker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimme überhaupt nicht zu			stimme völlig zu	
	1	2	3	4	5
Ich fühle mich unsicher bezüglich meiner Fähigkeiten, die ich für meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis benötige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was meine Meditations-/Achtsamkeits-Praxis betrifft, bin ich ziemlich selbstsicher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn etwas in meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis nicht so gut läuft, gebe ich leicht auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich scheine nicht in der Lage zu sein, mit den meisten Problemen, die bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis auftauchen, umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis gelingt mir auch die Lösung schwieriger Aufgaben, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimme überhaupt nicht zu			stimme völlig zu	
	1	2	3	4	5
Wenn bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis unerwartete Situationen auftauchen, weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis habe ich eine Lösung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertig werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich bei meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimme überhaupt nicht zu			stimme völlig zu	
	1	2	3	4	5
Was auch immer in meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine vergangenen Erfahrungen in meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis bin ich gut für zukünftige andere Aktivitäten vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erreiche die Meditations-/Achtsamkeits-Praxis-Ziele, die ich mir setze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich den meisten Anforderungen meiner Meditations-/Achtsamkeits-Praxis gewachsen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Bitte bewerten Sie Ihre generelle Alltagsbewältigung anhand folgender Aussagen.

	stimmt nicht 1	stimmt kaum 2	stimmt eher 3	stimmt genau 4
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt nicht 1	stimmt kaum 2	stimmt eher 3	stimmt genau 4
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Sie haben alle Fragen beantwortet, vielen Dank für Ihre Mühe! Können wir Ihre Daten in anonymer Form für wissenschaftliche Zwecke verwenden?

Haben Sie die Fragen dieser Studie wahrheitsgemäß und konzentriert beantwortet? Bitte antworten Sie ehrlich – Ihre Antwort hat keine Konsequenzen für Sie!

- Ja, meine Daten können verwendet werden.
- Nein, meine Daten können nicht verwendet werden.
- Weiß nicht.

Letzte Seite

Sehr geehrter/-e Proband/-in, vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei meiner Studie! Für Ihre Zukunft wünsche ich Ihnen alles Gute!

[Julia Sandach](#), Fachhochschule Münster – 2022

Anhang B: Begründungen der Probanden zu *Frage 10, 12 und 14*

GSW Score ^a	SSW Score ^b	(Antwort-Nr.) ^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.) ^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.) ^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
30	69	(6) Es entsteht der Eindruck, dass die Wahl seines ungewöhnlichen Lebensstils zu seinem stressfreien, achtsamen Leben beiträgt. Zusammenhang zwischen freiberufliche Arbeit auf Bali und Meditation/Achtsamkeit wird impliziert.	k. A.	k. A.
24	48	(5) Ich würde mich nicht direkt mit diesem/r Influencer/in vergleichen, da die Lebens- und somit auch die Stresssituation dieser Person zu stark von meiner eigenen abweichen.	(1) Da dieses Beispiel näher an meiner Lebensrealität ist, würde ich mich stärker damit auseinandersetzen. Es wäre für mich, als würde ich einen Spiegel vorgehalten bekommen.	k. A.
29	47	(4) Die Person scheint ein perfektes Leben zu führen. Das setzt mich dann unter Druck, da mein Leben dieser Perfektheit nicht entspricht. Auch, wenn ich weiß, dass die Person auch Probleme hat, sehe ich das Leben dieser Person als vollkommener an.	(6) Es entspannt mich zu wissen, dass das sonst gezeigte Instagram leben nicht der Realität entspricht	(2) Eine Identifikationsperson motiviert mich und zeigt mir, dass ich es auch schaffen kann

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
26	40	(5) Mir fehlt die Lebensnähe. Wenn etwas zu entfernt von meinem Alltag ist, motiviert es mich nicht.	(6) Es demotiviert mich, weil ich mir als Vorbild nehme, dass es nicht in jeden Alltag passt.	k. A.
30	71	(5) Mittlerweile kann ich mich gut von den Inhalten auf Social Media distanzieren. Deswegen macht es mir keinen Druck, motiviert mich aber auch nicht unbedingt.	k. A.	k. A.
33	62	(5) Solche Instagram Posts sind ästhetisch oftmals sehr ansprechend und zeigen einen vermeintlich beneidenswerten Lifestyle. Oftmals ist das aber mehr Schein als Sein - ich kann mich nicht völlig davon freisprechen, dass mich das nicht ein Stück weit "stresst" in dem Sinne, dass ich mein eigene Leben reflektiere, was nicht so "perfekt" ist. Gleichzeitig bin ich solche "perfekten" Menschen auf Social Media gegenüber sehr skeptisch und bezweifle, dass bei denen immer alles toll ist.	(5) Solch ein Verhalten löst bei mir eher schlechte Laune aus; zumindest, wenn das der einzige Content ist, würde ich vermutlich versuchen so wenig wie möglich mit diesem Creator zu interagieren.	(2) Leute, die mir selbst ähnlich sind, sind mir recht sympathisch. Wenn diese Person sich genauso verhält wie ich aktuell, würde mich das dazu anspornen mein aktuelles Verhalten beizubehalten und nichts daran zu ändern.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
26	36	k. A.	(1) Die Person ist für mich authentisch und nahbar. Ich kann mich in ihr widerspiegeln. Dies ist für mich persönlich motivierend.	k. A.
32	74	(2) Kann mich nicht mit ihm identifizieren, weil er ein Nomade ist und auf Bali arbeitet. ich würde motiviert sein, aber letztlich als Ausrede behaupten, dass ich im Gegensatz zu ihm keine Zeit zum Meditieren habe.	(5) Denke, mein Vorbild macht dann etwas falsch. Glaube ihm aber, dass es schwierig ist. Versuch es deshalb erst recht nicht	(1) Bereitet mir Freude, dass mein Vorbild genauso handelt. Bestärkt mich darin weiterzumachen!
33	k. A.	(5) Die Person verfolgt ein anderes Lebenskonzept, das für mich nicht zwangsläufig auch passt. Jeder muss hier sein eigenes Konzept finden.	k. A.	k. A.
33	k. A.	(5) Da es ein anderer Lebensstil ist als mein eigener, kann kein direkter Vergleich gezogen werden. Somit beeinflusst mich das Verhalten nicht.	(6) Ich finde mich eher verstanden, dass nicht jeder Achtsamkeit super umsetzen kann	(5) Ich nutze momentan leider noch keine Achtsamkeitsübungen, daher würde es mich nicht beeinflussen.
40	72	(2) Nicht jeder Lebensstil ist auf meinen übertragbar.	k. A.	k. A.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
15	22	(4) Ich mag diese Art von Posts, jedoch Stelle ich immer wieder fest, dass ich mich selbst nie motivieren kann mein Verhalten dementsprechend anzupassen, obwohl ich gern würde.	(5) Dabei erkenne ich zwar ein ähnliches Verhalten wie bei mir, allerdings beeinflusst es mich nicht direkt, da ich glaube, dass diese Person es immer noch besser im Griff hat als ich es habe.	k. A.
25	44	(2) Dadurch, dass die geschilderte Lebensweise so widersprüchlich zu meiner eigenen ist, fühle ich mich keineswegs unter Druck gesetzt.	k. A.	k. A.
29	47	(5) Das wird wohl nie das Leben sein, welches ich führen werde oder anstrebe, daher bringt ein Vergleich nichts. Wenn der Herr gute geführte Meditationen macht, dann mach ich gerne eine aber sein Leben drumherum wäre mir egal	(1) Wenn die Person nahbarer ist als der Herr von Bali, ist es naheliegend, dass ich die Achtsamkeitsübung auch durchführen würde.	k. A.
29	54	(5) Die Lebenssituation dieser Person wäre mit meiner eigenen nicht vergleichbar, weswegen ich weder großartig Motivation daraus ziehen kann noch davon unter Druck gesetzt werde.	(5) Es ist gut zu sehen, dass man nicht allein damit ist, dass man nicht immer alles so umsetzen kann, wie man es sich vornimmt und das könnte schon motivierend sein. Wenn sich jemand aber stets darüber beschwert ist das einfach nur anstrengend.	k. A.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
31	61	(5) Andere Menschen haben ihre Lebensart- Ich habe meine. Sicherlich ist das Leben für alle mal ein Hoch und Tief, in sozialen Medien wird aber meist nur das Hoch preisgegeben.	(5) siehe oben [hier: siehe rechts]	(1) Leute die gleiche/ ähnliche Angewohnheiten habe wie ich selbst, kommen mir meist sympathisch vor. Es freut mich immer wieder mich mit diesen Menschen auszutauschen und Tipps/ einen Rat für mein Leben einzuholen.
26	58	(5) Die Situation des „digitalen Nomaden“ auf Bali ist ja nicht gleichzusetzen mit der eines „normal“ arbeitenden in Deutschland, der einen 9-5 Job hat. Deshalb sollte man sich da nicht unter Druck setzen und auch nicht vergleichen.	k. A.	k. A.
24	34	(4) Ich finde es gut und wäre auch gern stressfrei, weiß jedoch das ich dauerhaft Meditationen nicht durchführen würde und das bewirkt ein schlechtes Gewissen.	(6) Ich könnte mich damit identifizieren, da es mir ähnlich geht.	k. A.
k. A.	56	(5) Eher belastend, führt aber nicht zur Verbesserung	(5) Habe Verständnis	k. A.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
31	75	(4) Es wirkt dann immer so einfach und man schämt sich selbst, dass man anscheinend nicht so ausgeglichen ist.	(5) Wenn, fühle ich mich verbunden/beruhigt und nimmt mir etwas Stress und zeigt, dass das ganze doch nicht so leicht ist.	(2) Ich freue mich, dass ich gut mit dabei bin.
		(6) ich bewundere ihn	(6) ich würde der Person entfolgen	
26	88	ich denke nicht, dass es so stressfrei aufgrund der Meditation ist, sondern aufgrund des Umfelds, in dem er lebt und das er sich seine Arbeitszeit selber einteilen kann und somit mehr Zeit für sich nehmen kann	ich würde niemanden folgen der sich die ganze Zeit nur beschwert, da mich das irgendwann verrückt machen würde, dass die Person nichts anderes kann außer beschweren	k. A.
27	57	(1) Das Vorleben hilft mit den eigenen negativen Gedanken umzugehen und sich selbst zu akzeptieren. Allerdings nur, wenn dies explizit auch thematisiert wird.	k. A.	k. A.
31	37	(4) Dieser Lebensstil ist für mich unrealistisch	(2) Klingt für mich realistisch, kann ich mich mit identifizieren aber motiviert mich nicht	(1) Kann ich mich mit identifizieren, klingt aber sehr unrealistisch, dass jemand genau meinen Lebensstil hat
28	k. A.	k. A.	(6) Ich bin genervt von den Beschwerden.	k. A.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
24	59	(5) Er hat einen anderen Lifestyle als ich. Da ich es vollkommen okay, dass er seinen Tag anders gestalten kann.	(5) Dieser Person würde ich nicht länger folgen, wenn sie sich dauernd beschwert.	k. A.
29	k. A.	(5) Da diese Person in völlig anderen Umständen lebt, würde ich uns nicht direkt vergleichen und diese Gelassenheit nicht als Maßstab sehen.	k. A.	k. A.
29	42	(2) Scheint unrealistisch und nach einem traumhaften Leben aber dennoch mit harter Arbeit möglich	(3) Das Vorbild stresst sich selbst mit, dass sie es nicht schafft und vermittelt den Eindruck, dass es schlimm ist nicht zu meditieren (gibt einem ein schlechtes Gewissen)	(3) Löst vielleicht Wettkampf-denken aus bzw. dass man mithalten muss/ besser sein muss
27	72	(1) Ich erinnere mich dadurch daran, Zeit für mich zu nehmen.	(5) Ich würde wahrscheinlich entfolgen, zu viel Negativität	k. A.
31	k. A.	(2) Es ist inspirierend jedoch finde ich keine Zeit im Alltag zu meditieren oder sonstiges.	(5) Ich würde mich in dem Social-Media-Vorbild Wiedersehen, da diese Person aber keinen Verbesserungsvorschlag hat würde es in mir nichts auslösen außer den Gedanken, dass ich damit nicht allein bin.	k. A.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
31	74	(2) Ich glaube der Sprung, dass jemand anderes meditiert und stressfrei wirkt, ist groß, um seine eigenen Praktiken zu überdenken.	(4) Die Probleme anderer beeinflussen mein Verhalten nur wenig.	(2) Wenn die Person dasselbe tut wie ich, warum sollte ich dann etwas an meinem Verhalten ändern?
34	75		(6) Ich bin genervt und entfolge.	k. A.
35	78	(6) es ist mir egal, solange die Person Bali gut behandelt und sich selbst :) Auf Social Media Plattformen stellt man sich im Durchschnitt nur in seiner besten Laune und Lebenslage dar. Man sollte nie vergessen, dass dort nur gezeigt wird was man sehen will und wofür es Likes und Geld gibt. Social Media ist sinnvoll, wenn es als Inspiration oder Motivation oder als Ort zur Wissensvermittlung genutzt wird und demokratische Prozesse unterstützt. Themen wie pretty privilege oder sonstige kritische Aspekte fallen dort herunter und besonders werden Frauen durch die gesellschaftlichen patriarchalen Strukturen und den Druck im ...	(2) Wenn ich bemerke, was mir gut tut dann tue ich das auch und wenn nicht dann muss ich wohl irgendwann zur/m Psychologin/en gehen, vor allem wenn man mit vielem Stress und Druck nicht zurechtkommt. Sich durch so etwas schlecht zu fühlen (einem Post) ist nicht fördernd, man sollte es, wenn dann nur als Motivationsquelle sehen. Es hängt alles von einem selbst ab oder von dem ärztlichen Rat, dieser muss dann aber eindringlich wirken. Also mache ich Meditation, weil ich so entscheide und nicht weil jemand das auf Instagram tut.	(6) ich sehe es als Bestätigung an (ich folge der Person aus dem Grund, dass ich sie gut finde)

GSW Score ^a	SSW Score ^b	(Antwort-Nr.) ^c Wahrnehmung SM- Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.) ^c Wahrnehmung SM- Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.) ^c Wahrnehmung SM- Vorbild im Horizontal-Vergleich
		<p>... Internet eine ganz andere Idealwelt und -gestalt präsentiert. Man sollte nur Leuten folgen oder deren content ansehen, wenn es einem gut tut und man diese Personen (obviously geht es vielen nur darum) durch ihre Reichweite finanziell unterstützen will. Außerdem muss man selbst entscheiden was man im Leben will und mit seinem Privileg als (denke ich mal in dieser Gesellschaft hervorstechende Mehrheit) weiße und männliche Person sinnvolles anstellen kann. Dazu gehört auch selber herauszufinden ob ein Leben auf Bali nicht nur „instagramable“ oder auch tatsächlich persönlichkeitsfördernd für die Einzelperson ist.</p>		
29	70	(5) Es ist nicht mein Ziel, absolut stressfrei zu sein, weil mir auch mein Stressgefühl etwas zeigen möchte und wichtig in meinem Leben ist.	(6) Ich würde mich freuen, dass die Person so authentisch ist.	(6) Ich möchte meine Meditationspraxis nicht verbessern, da verbessern nach optimieren klingt, aber ich bin inspiriert, auch mal wieder zu meditieren.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
31	73	(5) Ich bin mir bewusst, dass die Influencer alle nur ein scheinleben führen, weshalb ich die Möchtegern Lifestyle Vorleber meistens nicht ernst nehme.	(5) s.o. [hier: siehe links]	(5) s.o. [hier: siehe links]
36	80	3: Das Beispiel klingt sehr toll, dennoch habe ich einen stressigeren Lebensweg eingeschlagen. Jedoch lässt es mich zweifeln, ob ich hier das richtige tue.	k. A.	1: Das würde mir ja zeigen, dass es noch einer anderen Person so geht wie mir und wenn es eine Person gibt, dann sicher auch weitere. Es würde mir Bestätigung für das was ich tue geben.
25	57	(1) Wenn man sieht, dass andere Menschen aufgrund ihrer Meditation ein entspannteres Leben führen, motiviert es einen, ebenfalls mehr Meditation zu betreiben.	k. A.	k. A.
28	81	(4) Tatsächlich vergleiche ich mich und überlege warum er so ausgeglichen ist und sein Geld gefühlt mit Freizeit verdient und ich hart dafür arbeite. Ich weiß es ist trotzdem Arbeit was die machen, aber das zeigen die ja oft nicht	(5) Dann sollte die Person versuchen irgendetwas an ihrem Alltag zu verändern.	k. A.

GSW Score^a	SSW Score^b	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Aufwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Abwärts-Vergleich	(Antwort-Nr.)^c Wahrnehmung SM-Vorbild im Horizontal-Vergleich
28	51	k. A.	(6) Die Konfrontation belastet mich, ich würde ihm/ihr zum Selbstschutz entfolgen	k. A.
30	69	(6) Es entsteht der Eindruck, dass die Wahl seines ungewöhnlichen Lebensstils zu seinem stressfreien, achtsamen Lebens beiträgt. Zusammenhang zwischen freiberufliche Arbeit auf Bali und Meditation/Achtsamkeit wird impliziert.	k. A.	k. A.

Anmerkungen. k.A. = keine Angabe. ^a GSW = generelle Selbstwirksamkeit; ^b spezifische Selbstwirksamkeit; ^c 1 = motivierend und aktivierend, 2 = motivierend und nicht aktivierend, 3 = weder motivierend noch belastend, 4 = belastend und aktivierend, 5 = belastend und nicht aktivierend, 6 = Sonstiges (siehe Anhang A).

Eidesstattliche Erklärung

Erklärung zu schriftlichen Arbeiten (z. B. Hausarbeit)

a) für die **Einzelarbeit**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Rheine, 25.08.2022, J. Sandach

Ort, Datum und Unterschrift (alles handschriftlich)